

**DANIEL DOMINGOS ALEXANDRINO DOS SANTOS
MARCOS SEEFELD**

**ÍNDICADOR DE SATISFAÇÃO COMO CRITÉRIO DE QUALIDADE NO
ATENDIMENTO TERCIÁRIO DO SISTEMA DE SAÚDE DA POLÍCIA
MILITAR DO PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Doria Scatolin

**CURITIBA
2007**

AGRADECIMENTOS

A DEUS porque nos deixou chegar até aqui.

A Escola de Governo do Estado do Paraná pela visão e confiança que depositou em nós.

A Universidade Federal do Paraná, em especial ao departamento de Contabilidade do Setor de Ciências Sociais Aplicadas pelo esforço, compreensão e carinho.

Aos mestres, pelo ensinamento e cooperação no sentido de nosso crescimento integral, conduzindo-nos a uma melhor compreensão dos que nos rodeiam.

Aos colegas do Curso de Especialização em Formulação e Gestão de Políticas Públicas.

A Polícia Militar do Paraná que tem entendido os desafios dos tempos contemporâneos.

Este trabalho é dedicado aos nossos familiares que nos ajudam a ver o sentido da vida.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS
PMPR	POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ
HPM	HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ
UFPR	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
N.	NÚMERO
SAS	SISTEMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
p.	PÁGINA
SAS	SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 01. Faixa Etária da Amostra	29
Figura 02. Amostragem por Sexo	30
Figura 03. Acerca da Escolaridade	31
Figura 04. Fonte de Procura quando do Atendimento a Saúde	32
Figura 05. Logística de Atendimento	33
Figura 06. Grau de Conforto com os Atendentes	34
Figura 07. Grau de Satisfação com o Laboratório	35
Figura 08. Satisfação com Exames Complementares de Imagem e Função.....	36
Figura 09. Padrão de Satisfação com o Atendimento Médico	37
Figura 10. Padrão de Resultado da Estratégia Terapêutica Adotada	38
Figura 11. Satisfação com o Atendimento Fisioterápico.....	40
Figura 12. Padrão de Recomendação	41
Figura 13. Relação da Idade Avançada com Facilidade na Marcação.....	42
Figura 14. Relação da Idade Produtiva com Marcação de Consulta.....	43
Figura 15. Relação do Tratamento Médico com Idade Avançada	44
Figura 16. Relação de Tratamento Médico com Idade Produtiva	46
Figura 17. Relação de Tratamento Médico com Sexo Masculino.....	46
Figura 18. Relação de Tratamento Médico com Sexo Feminino	47
Figura 19. Relação de Marcação Difícil com Tratamento Médico.....	48
Figura 20. Relação de Marcação Mediana com Tratamento Médico	49
Figura 21. Relação de Marcação Fácil com Tratamento Médico	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Marcação de Consulta e de Idade Avançada	42
Tabela 02. Marcação de Consulta e Idade Produtiva	43
Tabela 03. Tratamento Médico com Idade Avançada	44
Tabela 04. Resultado do Tratamento Médico e Idade Produtiva.....	45
Tabela 05. Tratamento Médico e Sexo Masculino.....	46
Tabela 06. Tratamento Médico e Sexo Feminino	47
Tabela 07. Relação da Marcação com Satisfação ao Tratamento	48

RESUMO

SANTOS, D. D.; SEEFELD, M. INDICADOR DE SATISFAÇÃO COMO CRITÉRIO DE QUALIDADE NO ATENDIMENTO TERCIÁRIO DO SISTEMA DE SAÚDE DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ. A gestão da saúde passou a ter grande importância com a prerrogativa constitucional de que a saúde é um bem gratuito e de responsabilidade do estado. Com esta premissa, a definição das políticas públicas direcionadas a este setor, pressupõe responsabilidade exacerbada ao gestor do sistema em aplicar os recursos com eficácia e eficiência, utilizando-se para isto de critérios de qualidade. O indicador de satisfação é um parâmetro individual, subjetivo, retrospectivo em que o usuário do sistema de saúde tem a possibilidade de julgar o atendimento a que foi submetido a partir de seus pressupostos vivenciais, tornando-se assim uma ferramenta de medição de critério de qualidade no sistema de saúde. O objetivo deste trabalho foi de medir o grau de satisfação do usuário do sistema de saúde da polícia militar do Paraná, caracterizado como de atendimento terciário. Foram avaliados cem pacientes quanto ao seu perfil etário, de sexo, bem como da facilidade ou não da marcação da consulta, atendimento pelo serviço de enfermagem, da avaliação médica, da avaliação complementar laboratorial, de imagem e de função, do resultado do tratamento médico instituído e por último da opinião quanto a este hospital ser de caráter de referência. Observou-se satisfação com o tratamento instituído, principalmente nas mulheres, confiança no atendimento médico, julgamento favorável do sistema e maior dificuldade da marcação da consulta ao paciente idoso.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Indicador de Satisfação, Critério de Qualidade, Atendimento Terciário, Sistema de Saúde.

Endereço eletrônico: mseefeld@ig.com.br, dancop01@hotmail.com

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
LISTA DE ABREVIATURAS	III
LISTA DE GRÁFICOS	IV
LISTA DE TABELAS	V
RESUMO	VI
1.INTRODUÇÃO	01
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	05
2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS.....	05
2.2. SOBRE O QUE É QUALIDADE	07
2.3. SATISFAÇÃO COMO CRITÉRIO DE QUALIDADE.....	11
2.4. SOBRE A ACREDITAÇÃO.....	19
2.5. SOBRE OS TESTES DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS	20
2.5.1. Teste de língua estrangeira	22
2.5.2. Testes de língua portuguesa	23
2.7. SOBRE O HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ.....	23
3. METODOLOGIA	25
4.RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5. CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	52
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

7. ANEXOS	58
ANEXO -I- FOLHA DE ENTREVISTA	59
ANEXO -II- DOCUMENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA ENTREVISTA	63
ANEXO -III- RESPOSTA DA COMISSÃO DE ÉTICA	65

1. INTRODUÇÃO

A Saúde tem sido apontada como fator de transformação social e junto com a educação, tem sido considerado elemento transformador da sociedade e critério de desenvolvimento de uma nação.

Esta condição fez com que recebesse tratamento diferenciado na elaboração e execução do Orçamento Anual, caracterizado por consideráveis recursos financeiros, situação esta que demanda grande responsabilidade nos gestores municipais, estaduais e federais para a execução das políticas públicas direcionadas a esta área.

TEMPORÃO e GADELHA (2007, p. 3) em um de seus artigos publicados na Folha de São Paulo “ênfatizam esta relação entre o desenvolvimento de uma nação e as políticas públicas de saúde onde também realça a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto brasileiro enfatizando que não se justifica o desenvolvimento de uma nação sem que haja redução da desigualdade, da exclusão social e da não possibilidade dos cidadãos beneficiarem-se destas políticas”.

As políticas públicas da saúde são norteadas pelos princípios emanados da reforma sanitária definidas pelo Sistema Único de Saúde, o qual advenho com a promulgação da Constituição de 1988 e regulamentada através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 caracterizado pela “universalização, pela descentralização e pela hierarquização”.

Nesta, “universalização é a propriedade pela qual todo cidadão brasileiro tem possibilidade de ter acesso ao atendimento à saúde de forma gratuita”.

“Descentralização é o método pelo qual o atendimento no sistema é feito de forma pulverizada através de postos de saúde, centros de especialidade e hospitais de referência, aos quais todo cidadão brasileiro tem direito a receber”.

“Hierarquização é a forma pela qual o sistema realiza o atendimento de forma estratificada, isto é, os atendimentos mais simples ocorrerão nos postos de saúde, caracterizando o atendimento primário; os de média complexidade nos centros de especialidades, ou também chamados Posto de Saúde 24 horas, caracterizando os atendimentos secundários e os atendimentos mais complexos nos Hospitais Universitários e ou de referência, caracterizando o atendimento de nível terciário”.

Recursos de toda ordem tem sido canalizados para que se possam atingir os objetivos de um bom atendimento de saúde porém, as queixas dos usuários e a vulnerabilidade do sistema têm sido diariamente expostos pela mídia.

Aqui no Paraná, CHAGAS (2007, p.8), expôs de forma clara as dificuldades na gestão destes recursos quando afirma que “a Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa observou uma série de deficiências nos serviços de atendimento médico prestado pelo governo do estado, como a falta de vaga na UTI e o descumprimento da Emenda Constitucional 29”.

Uma explicação deste descompasso pode ser que esteja relacionado à expectativa que este cliente tem quanto aos diferentes aspectos do atendimento que vão deste a estrutura física do local do atendimento, o ambiente e até a própria relação do cliente para com o médico que o atenderá ou mesmo para com os profissionais que auxiliam na concretização deste atendimento e o que de fato acontece no atendimento.

Vários autores tem se dedicado a refletir sobre a gestão da saúde tendo como um dos critérios a busca pela qualidade de atendimento na saúde.

Esta reflexão passa por indicadores podendo ser individuais ou coletivos, como indicadores relacionados com a estrutura física do prestador do serviço, dos recursos humanos envolvidos nesta dinâmica ou seja os médicos e os demais profissionais da saúde e um deles é a satisfação do usuário.

Diferentes critérios podem ser utilizados como indicadores de qualidades na saúde que podem ser aglomerados em tabelas, em protocolos e outros sistemas de avaliação, culminando com um programa desenvolvido pelo ministério da saúde, chamado de Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar em que se desenvolvem procedimentos de avaliação dos recursos institucionais e de caráter voluntário, periódico e reservado com o intuito de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos.

O presente trabalho tem por objetivo principal avaliar “grau de satisfação” dos pacientes atendidos no Hospital da Polícia Militar do Paraná utilizando-se deste indicador para refletir acerca da qualidade de atendimento na saúde.

Para tanto divide-se a monografia em cinco capítulos acrescido da referência bibliográfica e dos anexos sendo que o primeiro capítulo trata de considerações teóricas acerca da importância da gestão de saúde na sociedade, considera-se o SUS como um modelo organizacional para o atendimento médico as pessoas, a “Acreditação Hospitalar” como uma forma de avaliar qualidade institucional.

Após esta análise passou-se então, a relação entre a necessidade de possuir critérios de qualidade nos sistemas de saúde e a gestão dos sistemas.

Finalizando este capítulo, o índice de satisfação é apresentado como um dos critérios a ser utilizados para esta medição.

No segundo capítulo faz-se uma revisão histórica sobre o que são políticas públicas, medita-se sobre o conceito de qualidade, e apresenta-se a satisfação como critério de Qualidade.

Explora-se então, o Sistema de Acreditação, analisam-se os testes de satisfação do usuário tanto nacionais como estrangeiros e por último avalia-se a dinâmica do atendimento do Hospital da Polícia Militar do Paraná.

No capítulo terceiro apresenta-se a metodologia do trabalho, dando destaque ao questionário que aborda diferentes aspectos da dinâmica hospitalar, a saber o perfil da amostra, a logística de atendimento, a qualidade do atendimento de enfermagem e de atendentes, a qualidade no atendimento médico, a qualidade no atendimento de exames complementares laboratoriais, de imagem e de função, a qualidade da estratégia terapêutica adotada e por último o grau de utilização do Hospital da Polícia Militar como referência.

No capítulo quarto mostra-se os resultados passando a discuti-los e finalmente as conclusões e sugestões são elaboradas no quinto capítulo.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo tem por objetivo realizar levantamento histórico através de uma investigação bibliográfica para proporcionar base teórica a fim de esclarecer a relação entre políticas públicas, gestão de saúde e os investimentos ali realizados, revisar critérios de qualidade na avaliação dos sistemas de saúde e apresentar o Índice de Satisfação como sendo um dos critérios a serem utilizados na avaliação qualitativa dos sistemas de saúde.

2.1. Políticas Públicas

Cabe ao governo assegurar determinados direitos aos cidadãos, a exemplo de direitos fundamentais sociais, como a saúde, a educação e a segurança pública.

Segundo KRELL (2002, p.99), “o executivo não apenas executa as leis, mas também cria suas próprias políticas e programas necessários à realização dos ordenamentos legais”, direitos estes utilizados pelos cidadãos através de políticas públicas.

Para ÁPIO (2005, p.136), “políticas públicas podem ser conceituadas como instrumentos de execução de programas políticos, baseados na intervenção estatal na sociedade com a finalidade de assegurar igualdade de oportunidades aos cidadãos, tendo por escopo assegurar as condições materiais de uma existência digna a todos eles”.

Assim políticas públicas são instrumentos intervencionistas em diferentes setores da vida de uma nação com o objetivo de atuar junto à sociedade para

melhorar as condições de vida do cidadão e com isto estar realizando os desígnios constitucionais.

Conforme ÁPPIO (2005, p.144) “elas consistem em instrumentos estatais de intervenção na economia e na vida privada, consoante limitações e imposições previstas na própria Constituição, visando assegurar as medidas necessárias para a consecução de seu objetivos, o que demanda uma combinação de vontade política e conhecimento técnico”.

Segundo ÁPPIO (2005, P.135), “a política pública social deve ser diferenciada da política pública econômica, sendo que as duas têm um sentido complementar e uma finalidade comum, qual seja, de impulsionar o desenvolvimento da Nação, através da melhoria das condições gerais de vida de todos os cidadãos”.

Na primeira observa-se distribuição de bens sociais fundamentais por parte dos governos eleitos, como a educação e saúde pública, enquanto a segunda ocorre pela intervenção estatal na economia privada.

Para PENTEADO (2007, p. 40), “as políticas públicas podem ser definidas por grupos de interesse. Grupos de interesse são aqueles que apresentam atitudes comuns, que fazem certas reivindicações sobre outros grupos da sociedade.”

2.2. Sobre a conceituação do que é Qualidade

O conceito de qualidade na saúde tem recebido instrumento reflexivo de diferentes áreas do conhecimento humano como a psicologia e o marketing buscando-se critérios de satisfação dos usuários dos serviços de saúde como sendo um dos aspectos da qualidade.

Segundo DORNAN et al. (1988, p.637), “desde os últimos anos da década de sessenta vários pesquisadores tem medido satisfação dos pacientes para com seu plano de saúde e correlacionado com variáveis externas como comportamento do usuário, seu contexto social e outros.”

Assim, PEREIRA (1995, p. 538) defende que “a necessidade inicial é de se conceituar qualidade, necessidade esta que passa a ser complexa a medida que seu significado varia de acordo com a opinião daquele que a utiliza que pode ser um usuário, um profissional de saúde, um gestor público ou outros”.

Segundo PEREIRA (1995, p. 538), Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) define qualidade como sendo “a totalidade de propriedades e características de um produto ou serviço que traduz sua habilidade em satisfazer anseios explícitos e implícitos”

Ainda segundo PEREIRA (1995, p. 539), “qualidade pode também ser entendida como a contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou de qualquer forma de desfecho dos problemas de saúde dos pacientes”.

Estas diferenças, no entanto, têm um consenso à medida que o termo significa o grau de adequação ou excelência das ações alcançado na execução das ações e serviços, medido por meio da comparação com parâmetros adequados.

A questão então passa a ser quais são os parâmetros que expressam qualidade e como medi-los. Conforme PEREIRA (1995, p. 539) “eficácia, a eficiência, a efetividade, bem como a equidade, o acesso, a aceitação, a adequação e a qualidade técnico-científica tem sido propostos como critérios de qualidade.

Segundo WILLIAMS (1994, p. 510), “o conceito de satisfação do paciente, originário do movimento dos consumidores a partir da década de sessenta, tem

relevância política e prática nos sistemas de saúde contemporâneos e tem sido comumente usado como ferramenta de pesquisa nos levantamentos estratégicos”.

Segundo DONABEDIAN (1990, p. 1115), “a qualidade de um sistema de saúde engloba sete atributos a saber: eficácia, efetividade, eficiência, otimicidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade.”

Acrescenta, ainda o autor que “Eficácia é o melhor que se consegue fazer nas condições favoráveis e normais ou mesmo é a habilidade em produzir saúde, ou em outras palavras capacidade de fazer bem feito”.

Segundo o mesmo autor “efetividade são as condições necessárias para se conseguir que uma pessoa se torne saudável, ou também é a capacidade de produzir o efeito desejado, quando na rotina”.

Explicando o termo eficiência, o mesmo autor define que “é a habilidade de se conseguir a melhor saúde com o menor custo. Ser eficiente é fazer mais com menos.

Clarificando o termo otimicidade, o mesmo autor conceitua como “é o melhor balanço entre os custos e os benefícios”.

A seguir o autor explica que aceitabilidade é “a relação entre a condição de cuidado do sistema de saúde para como os desejos, expectativas e valores dos pacientes e de seus familiares ou também é o fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza e com as expectativas dos usuários em potencial”.

Passa então a afirmar que legitimidade é “a condição da comunidade inserida dentro de valores e condições sociais em interpretar, aceitar e valorizar

procedimentos e condutas definidas como as indicadas pelo sistema de saúde para aquela situação”.

Finalmente mesmo autor conclui que equidade é “a propriedade do sistema em ser igualitário e justo na distribuição de seus cuidados e subseqüentes efeitos para com as pessoas”.

DONABEDIAN (1888, p.1743) “divide ainda os componentes básicos da avaliação de qualidade no serviço de saúde em estruturais, processuais e de resultados”.

Explica ele que:

estruturais dizem respeito aos recursos ou insumos utilizados na assistência à saúde processuais englobam as atividades ou procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados, como por exemplo, os exames laboratoriais e o tratamento médico e de resultados (ou de impacto), referem-se as mudanças verificadas nos pacientes, tais como: melhora dos sintomas, a redução da mortalidade, aumento de realização das atividades diárias e a melhoria da qualidade de vida. (DONABEDIAN, 1888, p.1743)

Segundo PEREIRA (1995, p.540) “a avaliação estrutural baseia-se no princípio de que a qualidade de um programa, serviço ou intervenção está em direta relação com a infra-estrutura de que dispõe”.

Os recursos anteriormente descritos podem ser humanos (número de médicos, especialistas ou não, enfermeiros, bioquímicos e outros), financeiros (que podem ser classificada como de investimento, para obtenção de equipamentos, edifícios e máquinas, ou de manutenção no qual se engloba os gastos com o material de consumo e gastos com pessoal) ou mesmo materiais, fazendo com que possamos obter informações como número de leitos hospitalares por habitante,

número de médico per capita e outros indicadores, porém estes sempre bastante inespecíficos quando o que se quer é qualidade.

Segundo PEREIRA (1995, p. 543), “a existência de uma boa estrutura concorre para o bom atendimento aos pacientes, o que leva a bons resultados.”

Ainda conforme PEREIRA (1995, p. 543) “uma forma mais avançada de avaliar são os modelos nos quais se examina a cadeia de eventos ou seja faz-se a análise processual, no qual se analisa a utilização dos recursos empregados , ou seja se as pessoas fazem o que deve ser feito”.

Como exemplo deste tipo de análise podemos citar as taxas de ocupação hospitalar, taxa de infecção hospitalar e outros.

Esta avaliação pode ser feita em dois níveis, a saber, no nível individual através de auditorias e ou comissões, que podem ser esporádicas ou continuas e ao nível coletivo através de indicadores pertinentes.

Como exemplo de avaliações a nível individual cita-se a Comissão de Ética (julga a adequação das pesquisas a serem realizadas, ou a assistência prestada por algum de seus profissionais no sentido de avaliar se o que foi realizado é compatível com os preceitos estabelecidos nos protocolos e nos códigos que regem a matéria), a Comissão de Prontuário, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a Comissão de Óbitos, a Comissão de Exames Auxiliares de Diagnósticos e Uso de Medicamentos e outras mais.

A nível coletivo citam-se vários outros indicadores como a Taxa de Infecção Hospitalar, Taxa de mortalidade Geral Hospitalar, Taxa de Ocupação Hospitalar, Média de Permanência e outros mais.

Conforme PEREIRA (1995, p.548), “na avaliação dos resultados, temos interesse em saber o que ocorreu com as pessoas , após passarem pelo serviço de saúde e neste contexto sobressaem-se dois aspectos:

- a. Satisfação do usuário.
- b. Indicadores de saúde como a mortalidade e a morbidade”.

2.3. Satisfação como Critério de Qualidade

Avaliar os resultados dos serviços de saúde, utilizando-se o instrumento de satisfação do usuário como indicador de qualidade ganharam corpo a partir da década de 70 na América e na Inglaterra, inseridos no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade, sendo a satisfação com o atendimento a saúde do paciente uma meta a ser alcançada pelos serviços.

Segundo LINDER-PELS (1982, p. 577), “a importância da relação entre satisfação do paciente como critério de qualidade tem recebido cada vez mais atenção dos administradores, participantes de planos de saúde, consumidores e avaliadores dos sistemas de saúde”.

Com o objetivo de esclarecer os conceitos vigentes em relação a satisfação do usuário do sistema de saúde, TURRIS (2005, p. 294),“afirma que há necessidade de melhor clarificar o conceito de satisfação”.

Segundo BARON-EPEL et al. (2001, p. 321) “há uma forte relação entre satisfação e tomada de decisão por parte do usuário de tal forma que este faria as decisões à medida que sua expectativa fosse ou não cumprida.”

Ainda quanto a satisfação POHAN et al. (1999, p. 994) afirmam que “protocolos uniformes não satisfariam comunidades diferentes e que pacientes satisfeitos aderiam melhor ao tratamento e continuavam a utilizar os mesmos serviços de saúde”.

No Brasil, os estudos se desenvolveram na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação.

Partindo do pressuposto de que a temática de satisfação de usuários apresenta-se em um cenário de diferenciação conceitual e escassa teorização BONFIM e ESPIRIDÃO revisaram o conceito de satisfação empregado nas avaliações de satisfação de usuários de serviços de saúde, sistematizando o conjunto de críticas presentes na literatura, com base em três dimensões principais:

- (i) a compreensão do conceito de satisfação e seus quadros teóricos de referência;
 - (ii) os determinantes da satisfação;
 - (iii) a aplicação do conceito de satisfação no âmbito dos serviços de saúde.
- (BONFIM e ESPIRIDÃO, 2006, p.3)

Segundo CAR-HILL (1992, p.614), vale destacar que “há na literatura da avaliação de serviço de saúde uma vasta terminologia para designar o conceito de usuário, paciente (“patient”), consumidor (“consumer”), cliente (“client”), “costumer” e “user”, com predomínio do primeiro.

Os termos cliente e consumidor são oriundos do setor privado e refletem a percepção de que o papel do usuário na arena dos serviços de saúde deve ser similar ao papel que exercem quando compram produtos e serviços no mercado.

“Consumer” encontra-se também, mais relacionado à idéia de coletividade, enquanto “costumer” refere-se ao indivíduo.

O termo “client” designa mais explicitamente aquele que paga pelo serviço

Para BONFIM e ESPIRIDIANO (2006, p. 4) “o termo usuário (“user”), por sua vez, é pouco utilizado em âmbito internacional diferentemente do que acontece no Brasil, onde é empregado na literatura científica e nos documentos oficiais”.

A utilização deste termo tem como pano de fundo a sensação de que o sujeito que usa os serviços de saúde está para além de um paciente ou de consumidor, visto que especificidades colocadas no campo da saúde necessariamente incorporam noções de cidadania, pressuposta pela idéia de direito social.

Segundo TURRIS:

[...] até recentemente, os conceitos atualmente oferecidos nos permitem apenas construir uma abordagem limitada do tipo “check-list” para a obtenção da satisfação do paciente, no lugar de desenvolver uma compreensão de questões mais amplas sobre as experiências individuais relativas aos serviços de saúde, destacando-se a necessidade do uso de diferentes lentes teóricas para o entendimento da satisfação de pacientes, considerando diferentes valores, crenças e visões de mundo, sem o que os pesquisadores continuarão selecionando os indicadores “mais óbvios” para a mensuração da satisfação. (TURRIS, 2005, p. 294)

Conforme WILLIAMS (1994, p. 511 - 512), “várias teorias são utilizadas para a compreensão da satisfação de usuários de serviços de saúde, a saber, a teoria da discrepância, a teoria da atitude, a teoria da equidade e a teoria da realização”.

Segundo o mesmo autor na teoria da discrepância, “os níveis de satisfação são preditos a partir da diferença entre as expectativas e a percepção da experiência sendo que nesta observou-se que é incapaz de explicar a totalidade das variações dos níveis de satisfação”.

Afirma ainda que a teoria da atitude, “a satisfação é entendida como uma atitude, ou positiva ou negativa feita pelo indivíduo sobre um determinado aspecto do serviço como, por exemplo, a expectativa em relação a conseguir marcar uma consulta médica”.

Exemplo desta teoria, o modelo de LINDER-PELSZ (1982, p. 578), denominado teoria do valor-expectativa (value-expectancy theory), considera a satisfação como uma atitude positiva relativa à crença de que o cuidado médico contém certos atributos (acesso, eficácia, custo, conveniência etc.) que podem ser avaliados.

Afirma ainda WILLIAMS (1994, p. 511 - 512), a “teoria da eqüidade considera que os usuários avaliam os serviços em termos de "ganhos" e "perdas" individuais e na comparação com outros usuários”.

Segundo LINDER-PELSZ (1982, p. 579), a “teoria da eqüidade tem sido bastante valorizada pelos estudiosos do tema, pois postula que o usuário avalia os serviços segundo critérios de eqüidade e dessa forma, introduz elementos de comparação social, confrontando a avaliação de um único paciente com as dos demais.

Conforme ainda WILLIAMS (1994, p. 511 - 512), na “teoria da realização, a satisfação é dada simplesmente pela diferença entre o que é desejado, ou esperado, e o que é obtido”.

Esta teoria tem sido bastante criticada por não considerar a experiência do serviço.

Dois tipos de teoria da realização podem ser encontrados: a realização da expectativa e a realização da necessidade.

Neste último, estudos mostram que aspectos da efetividade do serviço e o nível de saúde do usuário são levados em conta nas respostas sobre a satisfação.

KANE et al. (1997, p. 715) “estudaram a relação entre satisfação e resultados clínicos e encontraram que, embora relacionados, outros fatores atuaram na determinação da satisfação”.

Outros autores, por sua vez, defendem o emprego da categoria expectativa na avaliação da satisfação.

STANISZEWSKA & AHMED (1999, p. 365) mostram que “a satisfação é uma medida mais complexa do que a literatura costuma retratar, podendo variar em tipos, em valores (positivas e negativas) e modificam-se ao longo do cuidado recebido”.

Para estes autores, as expectativas negativas, por exemplo, são importantes de serem estudadas na medida em que podem refletir “a consciência política e econômica do paciente sobre as circunstâncias em que os serviços se encontram”, como em situações em que o atendimento é reconhecido como de baixa qualidade, mas porque existem muitos pacientes para serem atendidos.

Ainda que os enfoques teóricos descritos até agora se superponham em alguma medida, alguns podem ser caracterizados como “modelos combinados”.

SWAN (1985, p. 8) propõe um modelo que contém quatro padrões básicos: “(i) a percepção do desempenho do serviço, (ii) a confirmação da expectativa a respeito do desempenho e a percepção de tratamento eqüitativo, (iii) a satisfação geral e (iv) a intenção de retornar ou não ao serviço no futuro”.

O trabalho de WEISS sobre os “determinantes da satisfação” tem sido bastante citado pois, após uma revisão extensa de literatura sobre o tema, apresenta quatro grupos principais de determinantes da satisfação:

- (i) características dos pacientes (incluindo as sócio-demográficas; as expectativas destes sobre a consulta médica e os seus estados de saúde);
 - (ii) características dos profissionais que prestam o atendimento (incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a "arte do cuidado");
 - (iii) aspectos da relação médico-paciente;
 - (iv) fatores estruturais e ambientais (incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consulta e outros)".
- (WEISS, 1988, p. 10)

De modo geral, destacam-se dois grandes grupos de fatores relacionados com a satisfação. Um relativo ao serviço e aos seus provedores, e outro inerente aos próprios usuários.

A literatura diverge bastante no que se refere aos determinantes relativos aos usuários. Enquanto uns estudos mostram associação positiva, outros mostram associação negativa, havendo ainda um terceiro grupo, que não encontra associação alguma.

Segundo SOUZA (1997, p. 118) "a variável que apresenta maior concordância entre os estudos é a idade, sendo que é possível que tal explicação não esteja relacionada com a idade per se, mas com as características de grupos mais idosos, como o maior carisma ou menores expectativas".

Para a variável gênero, embora alguns autores não encontrem variação, COYLE (1999, p. 114), "aponta que as mulheres estão mais aptas a criticar os serviços, constituindo-se em boas informantes para as pesquisas".

Segundo SOUZA (1997, p. 118) pode-se apontar "outros critérios como: cortesia da equipe, ser reconhecido por ela, enfermagem disponível na unidade, disponibilidade de consulta em 48 horas, tempo de espera da consulta inferior a vinte minutos, unidade não ser muito grande, ser possível a execução de exames na unidade".

Ainda segundo a autora, no “caso de hospitais, ressalta-se ainda a alimentação, informação, conforto, qualidade dos equipamentos, confiança na equipe, horários de visitas, acessibilidade e privacidade”.

Fatores psicossociais têm ganhado relevância no entendimento da satisfação.

Segundo WEISS, merece destaque a:

satisfação com a vida em geral e com a comunidade em que reside, o nível de credibilidade dos médicos da região, sentimentos elevados de controle interno (o indivíduo considera-se responsável pela própria vida), e não de controle externo (o indivíduo imagina a vida controlada por fatores externos à sua pessoa), e o estado atual da saúde do usuário, que pode intervir não só pela gravidade do quadro, mas pela limitação física, psicológica, social ou mental decorrente da doença, como na depressão. WEISS (1988, p. 385)

A medida da satisfação serve para descrever os serviços na perspectiva do usuário ou para avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

No caso da avaliação da qualidade, de acordo com DONABEDIAN (1990, p.1516), “a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais, onde entra o, o desempenho técnico, qual seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica a fim de maximizar os benefícios e reduzir os riscos , e o relacionamento com o paciente”.

Segundo este mesmo autor, “a avaliação da qualidade do cuidado à saúde pode se dar em seus três componentes, ou seja na estrutura (recursos utilizados pelo serviço), no processo (procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes) e no resultado (estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde)”.

Alguns autores fazem críticas ao emprego da satisfação para a avaliação da qualidade, ao considerar que, uma vez que a satisfação está fortemente baseada

nas expectativas dos usuários, podem-se estar avaliando outros itens, e não especificamente a qualidade dos serviços.

Quando se busca avaliar a qualidade de um serviço de saúde, é necessário se assegurar que o serviço, e não outros fatores, determinem a sua qualidade.

Assim Índice de Satisfação é um parâmetro de cunho pessoal e avaliativo em que o usuário gradua sua experiência no atendimento à saúde usando de critérios subjetivos relacionados a expectativas que ele tinha em relação ao atendimento e aquilo que ele efetivamente recebeu.

Parte desta avaliação provem de experiências já vivenciadas, parte de seu entendimento global como usuário do sistema em que o estado lhe assegura o direito à saúde, parte também vem pelo entendimento que tem do atendimento à saúde no contexto da nação brasileira e parte da influência que provem da mídia tanto visual como auditiva.

Assim sendo entende-se que há necessidade de buscar elementos quantitativos e qualitativos através de tabelas para medir a qualidade dos serviços.

2.4. Sobre o Sistema de Acreditação

A partir da Constituição de 1988, na qual, a saúde passou a ser um direito social e universal, percebeu-se a necessidade de oferecer aos gestores dos sistemas de saúde instrumentos que propiciassem critérios de avaliação no desenvolvimento da gestão destes diferentes sistemas.

A partir da década de 90, inicialmente com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, sendo que deste surgiu um

grupo de profissionais que desenvolveram um projeto que foi enviado ao Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), onde se definia metas para implantação de processos de certificação de hospitais que passou a ser denominado de Acreditação Hospitalar (<http://www.ona.org.br>).

Instituído pela Portaria GM / MS nº 1107, de 14 de junho de 1995, o sistema de acreditação é uma forma de aprimorar e garantir qualidade em saúde, caracterizando-se por ser um método de consenso, de racionalização e ordenação das instituições hospitalares e principalmente de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos.

A partir da necessidade de uniformizar as regras, normas e procedimentos relacionados com a certificação dos serviços de saúde surge em Abril/Maio de 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) que passou a implantar normas técnicas, credenciamento de instituições, código de ética e qualificação e capacitação de avaliadores.

O Manual Brasileiro de Acreditação (2006, p.114), “estrutura-se em oito seções”, a saber:

A seção um, dita Liderança e Administração, em que se agrupam os componentes relacionados ao gerenciamento da organização, aos aspectos da liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com cliente.

Na seção dois, dita Organização Profissional, na qual se avalia a organização do modelo institucional e dos profissionais responsáveis pelos processos finalísticos.

Na seção três, dita Atenção ao Paciente/cliente, pesquisa-se todos os componentes, atividades e serviços que se relacionam aos processos de atenção e cuidados do paciente/cliente.

Na seção quatro, chamada de Diagnóstico, explora-se os componentes, atividades e serviços que se relacionam aos processos de diagnóstico.

Na seção cinco, chamada de Apoio Técnico, avalia-se os componentes, atividades e serviços que se relacionam aos processos de apoio técnico da organização.

Na seção seis, estuda-se o Abastecimento e Apoio Logístico, na qual se avalia os componentes, atividades e serviços que se relacionam aos processos de abastecimento e apoio logístico da organização.

Na seção sete, dita Infra-Estrutura, exploram-se os componentes que se relacionam à gestão e a manutenção da infra-estrutura da organização.

Na seção oito, dita de Ensino e Pesquisa, avalia-se os componentes que se relacionam às funções educativas e de pesquisa da organização, para disponibilizar constante atualização e educação permitindo a organização maior agilidade e melhor conhecimento.

2.5. Avaliação dos Testes de Satisfação do Usuário

Existem diferentes modos de abordar o nível de satisfação dos pacientes, por meio de tabelas, protocolos ou mesmo diferentes questionários.

A forma mais primária é uma caixa de sugestões depositada no hall de entrada do hospital, ou mesmo folhas de avaliação ou reclamação para a ouvidoria da instituição.

Segundo Lewis (1994, p. 656), “tanto as queixas descritas em folhas como as opiniões avaliativas encaminhadas as ouvidorias ou mesmo os documentos em caixa de sugestão, são inapropriados para serem utilizados como ferramentas de avaliação de saúde pois restringem-se aos comentários das salas de espera”.

Assim houve necessidade da criação de instrumentos de aferição para direcionar e uniformizar a dinâmica da avaliação da satisfação do usuário.

2.5.1. Instrumentos de Língua Estrangeira

São aqueles, predominantemente em língua inglesa, que tem por objetivo uniformizar dados para posteriores reflexões de forma a poderem ser comparadas.

Segundo BAKER (1990, p.487 e 488), “dois foram os questionários desenvolvidos para medir satisfação, o “Consultation Satisfaction Questionnaire-CSQ” (CSQ), que tinha por função medi-la a nível de consulta e o segundo que teria a função de medir a satisfação com o serviço de atenção básica de uma forma global dito de “Surgery Satisfaction Questionnaire (SSQ)”.

O CSQ além da satisfação em geral aborda ainda a conduta geral do médico, a profundidade da consulta e a percepção do tempo gasto na consulta em relação a necessidade.

O SSQ envolve a continuidade do cuidado, a acessibilidade, a disponibilidade do médico, a qualidade do atendimento e o aspecto ambiental.

Segundo WILLIAMS et al:

Consumer Satisfaction with Primary Care é um questionário auto aplicável direcionado a avaliação de estudo habitacional, em que se aborda questões sócio demográficas associado a aspectos da satisfação do usuário avaliando-se a acessibilidade e disponibilidade dos serviços, a relação médico paciente, habilidades do profissional e qualidade do atendimento e aspectos organizacionais da unidade primária de saúde. (WILLIAMS et al. 1991, p. 707)

2.5.2. Instrumentos em Língua Portuguesa

Segundo SOUZA (1996, p.34), há “pouca informação sobre a existência de instrumentos destinados a avaliar qualidade de serviços de saúde no Brasil, exceto o Questionário Brasileiro de Satisfação do Usuário com Serviços de Saúde (QBSUS), utilizado para avaliação do sistema como um todo em Minas Gerais e no Rio de Janeiro”.

Recentemente vários questionários estão sendo utilizados com predomínio daqueles com tradução para o português.

Conforme descreve SOUZA (1996, p. 62 - 63) “utilizamos como questionário o BOAS (Brazil Old Age Schedule) para medição da satisfação de pacientes idosos no distrito federal, que é um instrumento baseado em outros instrumentos como o questionário OPAS-CARE e o OARS”.

OPAS-CARE é um instrumento adaptado à Organização Pan-Americana de Saúde a partir do Comprehensive Assessment and Referral Evaluation e o OARS do Older American Resources and Services, que são instrumentos de língua inglesa adaptados a nossa realidade.

2.6. Sobre o Hospital da Polícia Militar do Paraná

A Constituição do Estado do Paraná através do Artigo 45 do Capítulo III “Dos Militares Estaduais”, declara que “A lei disporá sobre os direitos, os deveres, as garantias e as vantagens dos militares estaduais, bem como ...”, sendo que os militares serão regidos pela Lei 1.943 de 23 de junho de 1954 dita “Código da Polícia Militar do Estado do Paraná” onde em seu Capítulo I “Dos Direitos” em seu Art. 112; sobre os direitos do militar em seu item “t” declara que: “São direitos do militar o tratamento de saúde, até o completo restabelecimento, quando acometido de moléstia adquirida no exercício de suas funções”.

Assim foi criado o Hospital da Polícia Militar do Paraná como sendo um instrumento no qual os militares pudessem receber seu tratamento médico no sentido de cumprir o que dispunha a Constituição estadual bem como as leis específicas, e na evolução garantiu-se o direito de atendimento a saúde também aos familiares e demais dependentes, pois no caso destes encontrarem-se adoecidos o rendimento do policial militar estaria comprometido.

A gestão financeira administrativa é normatizada pela LEI ESTADUAL nº. 14.605 de 5 de janeiro de 2005 e o DECRETO ESTADUAL Nº. 6103, de 7 de fevereiro de 2006, sendo a cobertura financeira de responsabilidade do governo do estado através do Sistema de Assistência a Saúde (SAS) associado a uma participação ativa do militar correspondendo a dois por cento do seu soldo por dependente, fatores estes que compõem o recurso financeiro de um fundo público dito Fundo de Assistência a Saúde do Policial Militar do Paraná (FASPM).

Esta caracterização faz com que o policial militar bem como seus dependentes ou mesmo pensionistas tenham um atendimento no qual não necessitam arcar com os custos dos atendimentos.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo trata-se de explicitar os métodos de pesquisa, desde local, período, instrumentos utilizados, coleta de dados, população alvo e protocolos e tabelas utilizados.

A pesquisa realizada no Hospital da Polícia Militar foi desenvolvida entre os meses de abril, maio e junho de 2007, utilizando-se dos pacientes que se submeteram a avaliação médica a nível ambulatorial do hospital, sendo que se priorizou a busca de pacientes com idade de mais de quinze anos, de livre e espontânea vontade e que soubessem ler e escrever.

Aguardava-se o paciente ter completado a consulta propriamente dita, esperava-se que o paciente ou seu acompanhante recebesse orientação da enfermagem ou do setor que orientava sobre os exames complementares e solicitava-se que o paciente dispusesse de até dez minutos quando então se realizava a entrevista, segundo protocolo definido no Anexo I.

A teorização acerca da qualidade de atendimento de saúde no segmento terciário far-se-á mediante revisão dos diferentes conceitos emanados de retrospectiva histórica de autores que se dedicaram a este assunto.

Utilizou-se como amostra, pacientes encaminhados aos diferentes ambulatórios do Hospital da Polícia Militar do Paraná que tem características de atendimento de referência enquadrando-se de atendimento terciário.

Foram estudados cerca de cem pacientes adultos que variaram entre 15 e 85 anos, divididos nas três grandes áreas da medicina, a saber, a Tocoginecologia, a Clínica Cirúrgica e a Clínica Médica.

Os pacientes foram convidados a se submeterem a um questionário de doze perguntas sendo que cerca de duas semanas após contactaram-se os pacientes acerca de homologação das respostas fornecidas, no sentido de clarificar alguma dúvida que tenha permanecido e com isto auxiliar no reconhecimento da eficácia do atendimento.

O instrumento utilizado foi baseado numa adaptação do questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule), que é um questionário adaptado a partir da Organização Pan-Americana de Saúde através do CARE (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation) e do OARS (Older American Resources and Services).

Em relação ao prestador são avaliadas as opiniões dos usuários sobre as instalações, a infra-estrutura, a dinâmica do atendimento bem como os diferentes recursos tecnológicos existentes e os recursos humanos ali atuantes principalmente em relação ao corpo profissional de médicos e de para médicos.

Assim, o campo de pesquisa foi o Hospital da Polícia Militar do Paraná, no segmento do ambulatório, sendo que neste aplicou-se um questionário/levantamento tanto do aspecto institucional/estrutural como questionários aplicados aos usuários destas instituições, criando-se tabelas, questionários e outros documentos pertinentes que serão avaliados na seqüência.

O objetivo então, foi de com a amostra, avaliar a instituição segundo parâmetros de qualidade, direcionados aos recursos materiais e tecnológicos, avaliar as diferentes potencialidades humanas a frente tanto do setor médico como do setor complementar quer a nível de laboratório clínico, laboratório de exames de imagens ou de função ou mesmo a dinâmica do atendimento quer na facilidade da marcação da consulta e de toda a logística envolvida até a consumação do ato médico,

segundo protocolo de entrevista descrita no Anexo, utilizando-se a satisfação do usuário como parâmetro.

Passou-se então, a tabular as respostas inserindo-as numa planilha de computador com o objetivo de avaliar os dados e quando possível correlacioná-los.

Com estas diferentes informações e variáveis tem-se possibilidade de desenvolver posterior reflexão e conseqüente tomada de posição.

Uma vez apresentada a metodologia, no próximo capítulo discute-se os principais resultados encontrados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

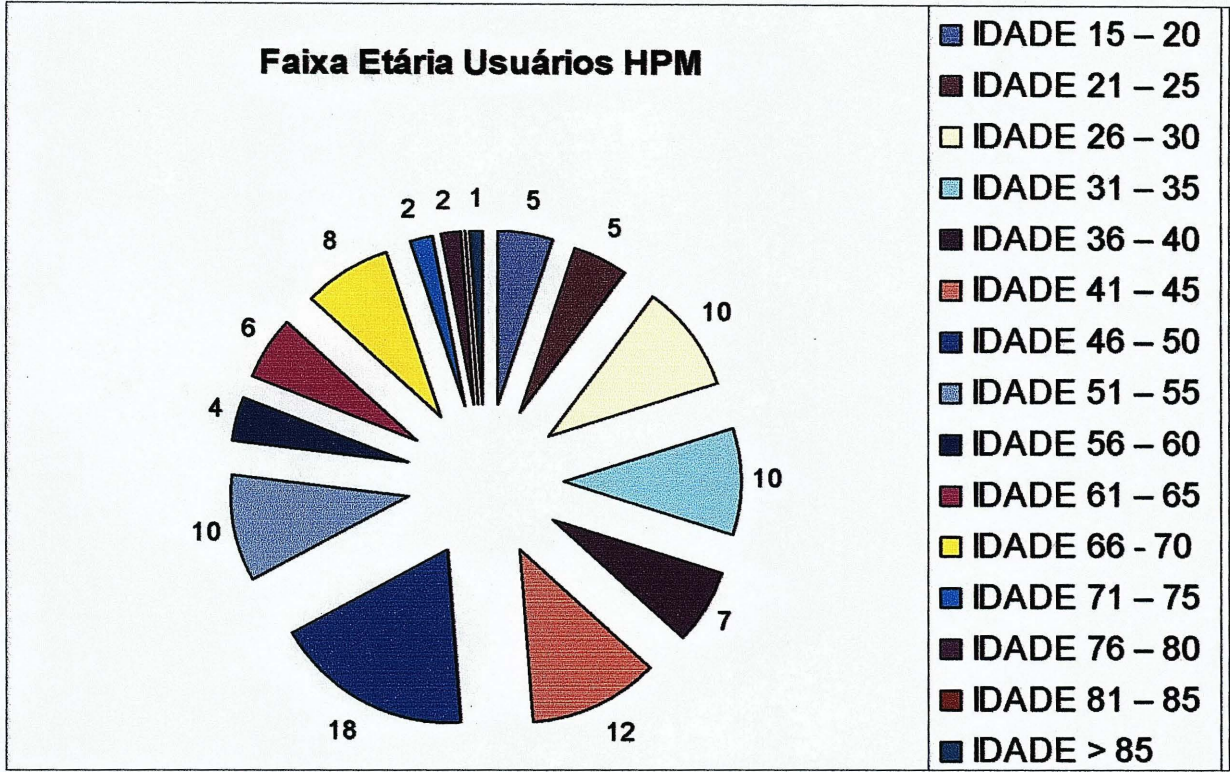
Neste capítulo apresentam-se os resultados das diferentes entrevistas realizadas no ambiente ambulatorial do Hospital da Polícia Militar do Paraná, discutem-se suas correlações tentando entendê-las a partir da relação do índice de satisfação como critério de qualidade.

Foram utilizadas cento e seis entrevistas das quais seis foram desprezadas por insuficiência de informações no período de abril a junho de 2007, com idade variando entre os quinze anos até oitenta e cinco anos, sempre de livre e espontânea vontade.

Após o paciente ter completado a consulta propriamente dita, aguardava-se que o paciente ou seu acompanhante recebesse orientação da enfermagem ou do setor que orientava sobre os exames complementares e solicitava-se que o paciente dispusesse de até dez minutos quando então se realizava a entrevista.

Cerca de uma a duas semanas após intervinha-se novamente, por telefone, no sentido de que o paciente ou seu acompanhante homologasse os dados coletados.

FIGURA 01 - FAIXA ETÁRIA DA AMOSTRA (EM %)



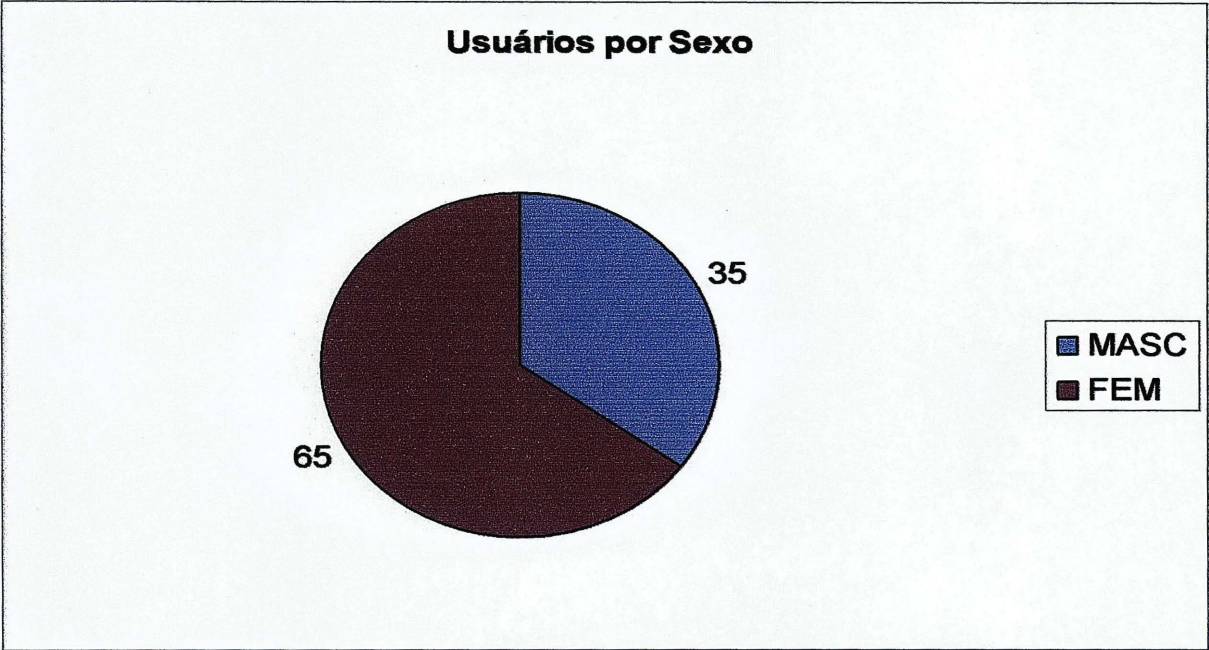
FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa

Na figura 01, referente à faixa etária dos pacientes atendidos, podemos observar que cerca de oitenta e sete por cento da população atendida, nesta amostra, quer militares ou mesmo dependentes destes encontram-se na fase produtiva de suas vidas a saber, entre os quinze anos e os sessenta e cinco anos.

Observa-se também, que há representantes de todos os grupos etários na amostra.

Os menores que quinze anos não foram entrevistados em função de que se entende que o juízo de valores ficaria prejudicado.

FIGURA 02 - AMOSTRAGEM POR SEXO (EM %)

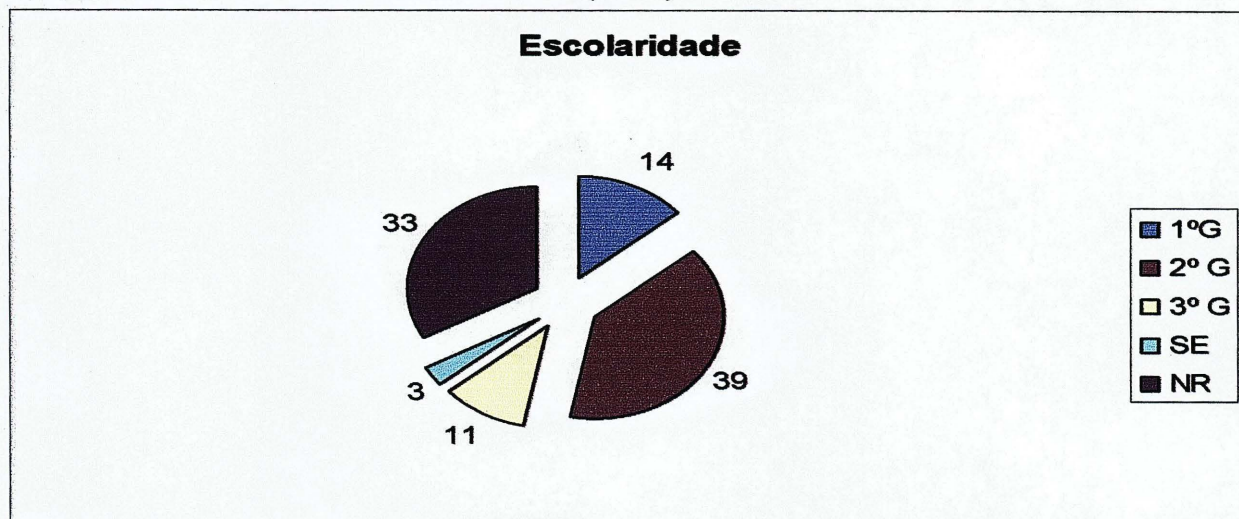


FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa

A figura acima aponta que a maioria do atendimento é representada pela população feminina, que representa cerca de sessenta e cinco por cento da amostra.

Estes dados podem ser explicados pelo fato de que os homens estão em sua atividade policial militar mas também porque há autores como COYLE (1999, p.114) que afirmam que “as mulheres são melhores informantes aos sistemas de saúde pois freqüentam-no mais e criticam-no mais”.

FIGURA 03 – AMOSTRA DA ESCOLARIDADE (EM %)



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa

Na figura acima é possível observar que cerca de sessenta e quatro por cento dos pacientes são alfabetizados, sendo que nesta amostra observa-se também que a maior parte dos entrevistados tem formação secundária.

Observa-se ainda a alta porcentagem de pacientes que não responderam a este item (NR), quer por representar indivíduos que são analfabetos ou que de alguma forma se sentiram desconfortados com esta informação.

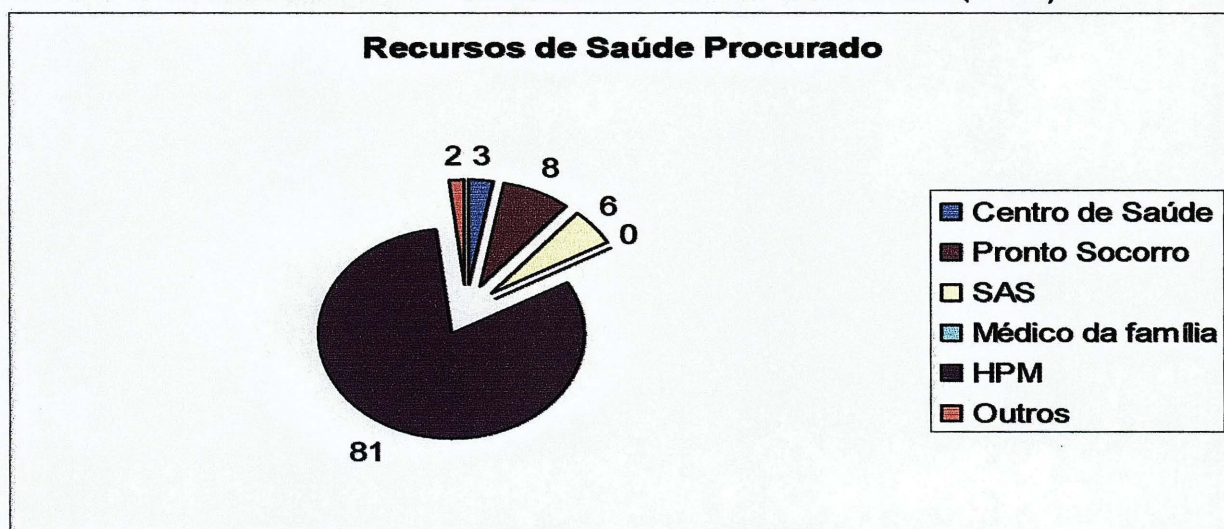
Utilizamos a sigla SE para representar aqueles pacientes que não tiveram acesso a educação, ou seja que são analfabetos e NR aqueles que não quiseram responder.

Estes dados refletem a abrangência populacional que procura o atendimento junto ao Hospital da Polícia Militar, onde se pode perceber que esta população tem pressupostos bem definidos no tocante a expectativa de atendimento médico.

Estes dados corroboram com as evidências descritas por autores como WEISS (1988, p.10), que afirmam que os “determinantes da satisfação” englobam elementos como as expectativas sobre a relação com os médicos, sua

personalidade, sua “arte em obter informações”, e fatores estruturais e ambientais como o acesso, o pagamento que neste caso é representado por uma pequena contribuição, tempo de espera para ser atendido e outros.

FIGURA 04 - LOCAL PROCURADO QUANDO DO ATENDIMENTO A SAÚDE (EM %)



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa

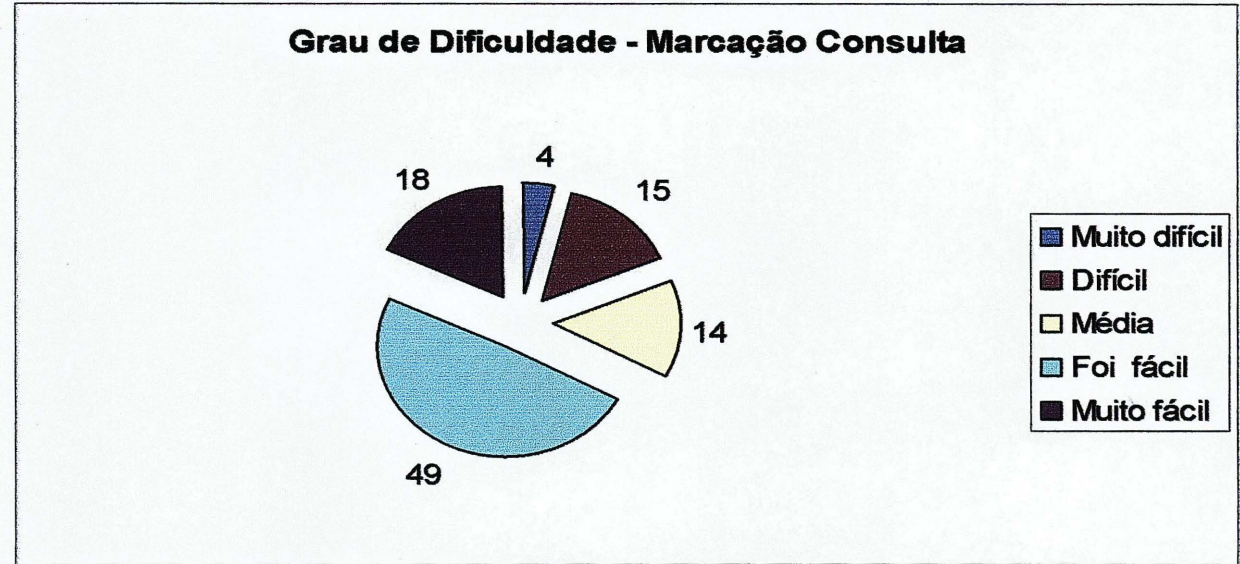
Esta figura representa o conjunto de respostas oferecidas pelos entrevistados quando lhes foi solicitado qual era o local que se dirigiam quando da necessidade de procurar auxílio médico.

Observa-se na representação a importante função de referência de atendimento representada pelo Hospital da Polícia Militar do Paraná, representado por cerca de oitenta e um por cento das respostas, traduzindo a clara noção que o miliciano tem do atendimento que o estado deve lhe proporcionar.

É interessante observar ainda que o grupo de pacientes que se dirigem a profissionais outros que não aqueles familiarizados com a rotina miliciana são de apenas dois por cento, além do que é interessante observar que para esta população em especial sua referência de atendimento médico é o HPM e não o

atendimento do Sistema de Assistência a Saúde (SAS), que é um sistema terceirizado de atendimento a saúde ao funcionário público estadual.

FIGURA 05 – GRAU DE DIFICULDADE NA MARCAÇÃO DA CONSULTA (EM %)



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa

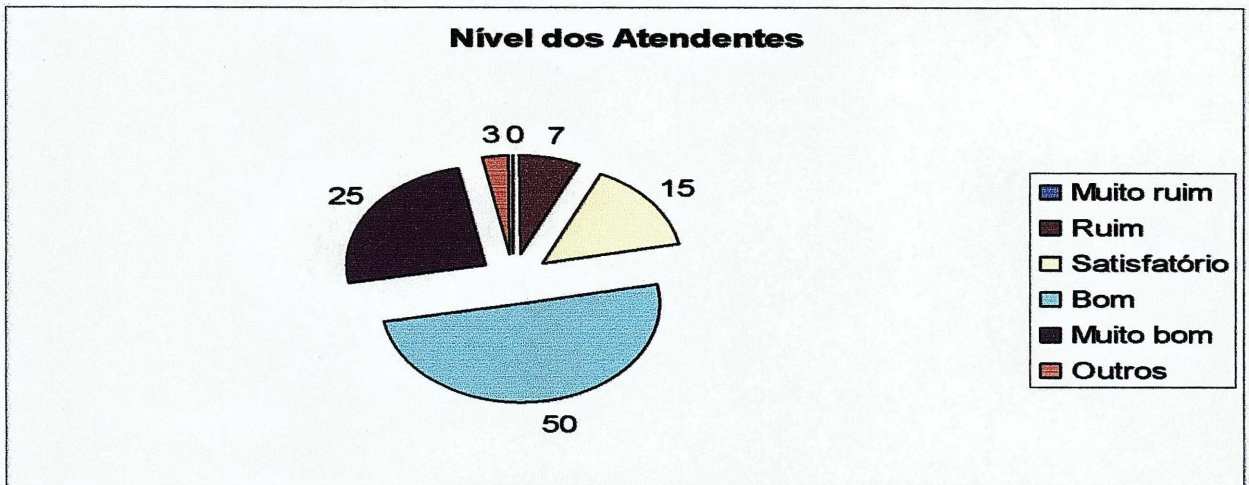
Nesta figura observa-se que cerca de sessenta e sete por cento dos pacientes classificaram de muito fácil ou fácil a possibilidade de marcarem a consulta médica junto ao seu médico ou junto ao médico ao qual foram encaminhados.

Muito difícil foram assim chamados aquelas consultas para as quais os pretendentes necessitaram de várias semanas ou ligações de madrugada de forma repetida para conseguirem a marcação, difícil aquelas que tentaram várias vezes porém após a quinta ou sexta tentativa conseguiram, média implicava em cerca de três ou quatro tentativas porém nunca em horários fora do expediente (noite ou madrugada).

De natureza fácil eram aquelas em que o pretendente ligava por duas ou três tentativas e já conseguia agendar a consulta ou mesmo na primeira ligação porém

nesta não com o profissional que pretendia e muito fácil àquelas em que os pacientes ou interessados ligavam e imediatamente conseguiam com o médico que haviam solicitado.

FIGURA 06 - GRAU DE CONFORTO COM OS ATENDENTES. (EM %)



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa

Neste segmento havia interesse nas informações de como o usuário avaliava aqueles que o atendiam desde a telefonista, os atendentes, as enfermeiras e demais pessoas que estivessem envolvidas com o atendimento.

Observa-se aqui que cerca de três quartos dos pacientes classificaram como positivo o atendimento oferecido pelos atendentes.

Atendimento muito ruim foi classificado como o tipo de atendimento em que os prestadores não se importavam com o paciente, isto é, não tinham preparo para lidar com as diferentes limitações do usuário e beiravam a um tipo de relação que pode ser classificada como agressiva e de desconforto.

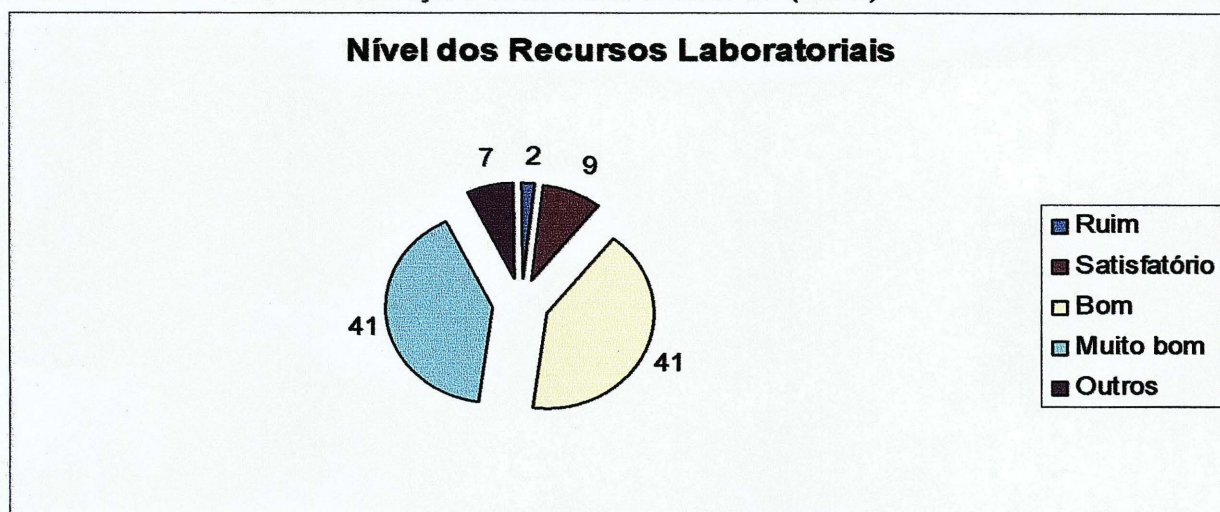
O atendimento ruim foi aquele classificado como o atendimento em que os prestadores não se importavam com o paciente, mas que à medida que alguém os admoestava apresentavam melhora quanto ao atendimento.

Satisfatório era aquele tipo de atendimento em que o prestador ou o atendente fazia aquilo que era necessário.

Atendimento bom é aquele que o paciente se sente confiante e cria uma atmosfera positiva para o atendimento médico.

Atendimento muito bom é aquele interpretado pelo usuário como atendimento em que as coisas acontecem antes mesmo do paciente pedir, criando uma relação de confiança e de expectativa positiva para com o médico que o irá atender.

FIGURA 07 - GRAU DE SATISFAÇÃO COM O LABORATÓRIO (EM %)



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Nesta figura pode-se observar que cerca de oitenta e dois por cento dos atendidos pelo laboratório classificam-no de padrão muito bom ou bom.

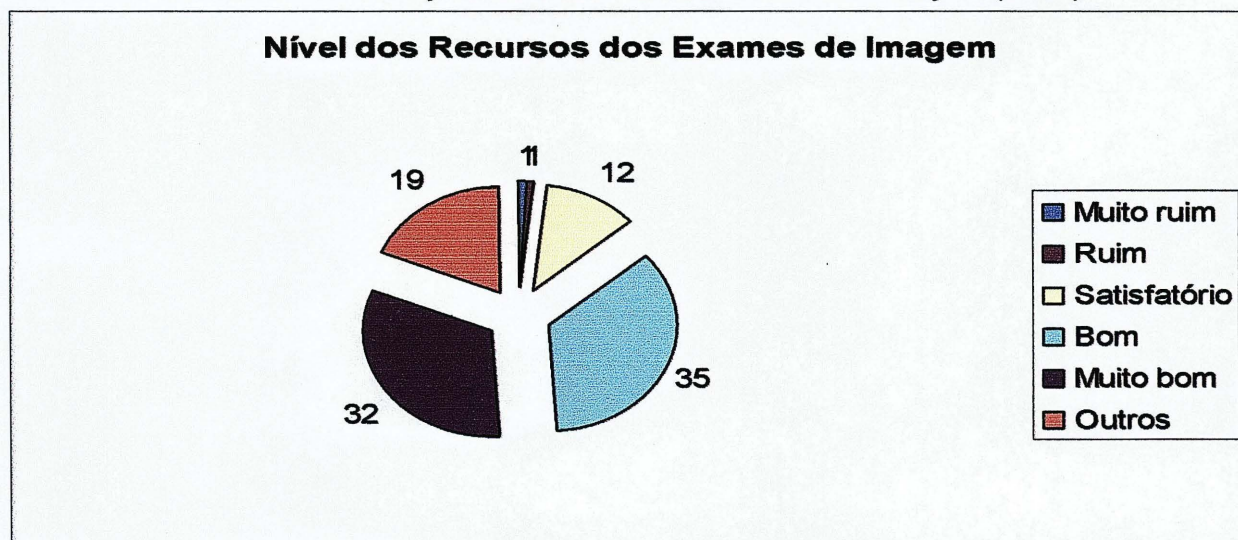
O padrão dito de ruim é aquele em que o resultado é incorreto ou é aquele em que ocorre alguma anormalidade circunstancial negativa ao usuário na hora da coleta do material.

De padrão satisfatório aquele em que o usuário tem a impressão que o material a ser analisado foi colhido de forma tumultuada porém o resultado foi positivo.

Bom foi considerado aquele atendimento em que além do exame estar correto houve uma obtenção do material de forma sem dificuldades.

De padrão muito bom aquele em que o exame trouxe resultados corretos, a obtenção do material foi feito de forma a não produzir desconforto ao paciente e a relação entre aquele que colheu e o paciente gerou uma atmosfera positiva proporcionando ao usuário do sistema uma visão positiva de sua relação com o sistema de saúde.

FIGURA 08 – GRAU DE SATISFAÇÃO COM EXAMES DE IMAGEM E FUNÇÃO (EM %)



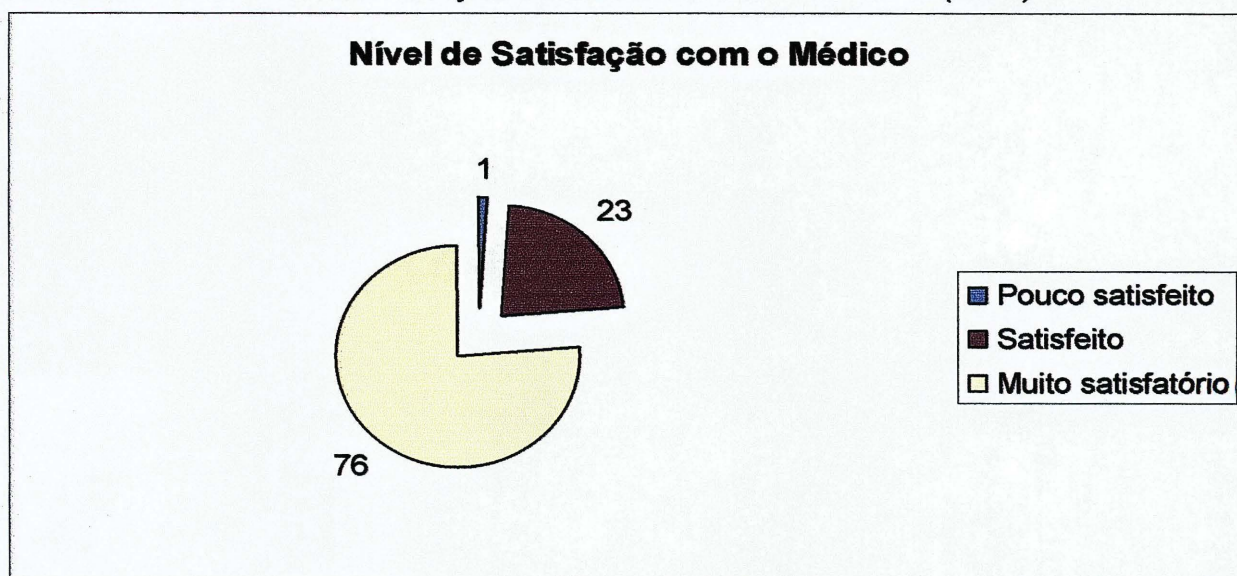
FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Este item diz respeito à relação do paciente com aqueles responsáveis pela logística e execução dos exames complementares de imagem como os exames radiológicos, tomográficos ou mesmo pela ressonância nuclear magnética e do atendimento relacionado aos exames de função como o eletrocardiograma, o eletroencefalograma e outros.

Observa-se, neste particular, que cerca de sessenta e sete por cento dos pacientes tiveram uma avaliação positiva do atendimento, dados estes concordantes em relação às reflexões feitas por DONABEDIAN (1990, p. 1516), quando afirma que “a avaliação da qualidade de um serviço através do índice de satisfação insere-se no contexto da relação entre usuário e profissionais bem como da aplicação da tecnologia médica”.

Outros correspondem àqueles pacientes em que não houve necessidade deste tipo de procedimento.

FIGURA 09 - PADRÃO DE SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO MÉDICO (EM %)



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

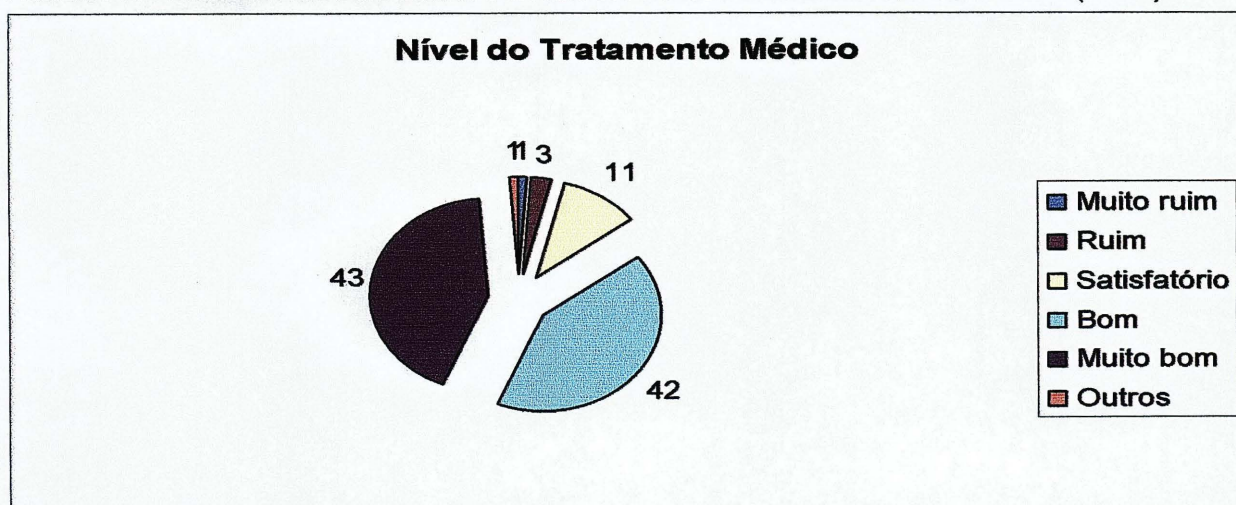
Com esta questão estava-se interessado em perceber se a relação entre o paciente e o médico se apresentava dentro da expectativa que o paciente havia feito, medido através de sua avaliação da consulta médica. Neste sentido observamos que cerca de noventa e nove por cento dos pacientes apresentavam uma relação positiva para com o profissional médico que o atendeu.

De padrão pouco satisfeito classificávamos aqueles pacientes cuja expectativa não fora preenchida quer por motivos vários como insuficiência de exploração na queixa do paciente (o médico não se dispôs a escutar suficientemente o paciente), o médico não examinou fisicamente o paciente, não o tratou com o respeito devido e outros.

De padrão satisfatório foi aquele em que o paciente se sentiu atendido porém a atmosfera criada na relação não preencheu toda a necessidade do paciente, de padrão muito satisfatório foi aquele em que todas as expectativas do paciente foram atendidas criando-se uma atmosfera positiva em relação ao seguimento do tratamento.

Estes dados demonstram a importância na definição do índice de satisfação percebido pelo usuário a partir do tempo e da dedicação com que o médico atende o paciente, achado este concordante com o que SOUZA (1997, p.118) defende, quando afirma que “um dos determinantes da satisfação do usuário é sua percepção de ser tratado com cortesia e perceber que o profissional está interessado em sua problemática”.

FIGURA 10 - PADRÃO DE RESULTADO DA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA ADOTADA (EM %)



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Nesta questão havia interesse nas informações acerca da eficácia do sistema avaliando-se o grau de satisfação do usuário com o tratamento adotado e do grau de percepção e portanto de colaboração do paciente para com o tratamento da saúde como um todo que foi adotado.

Estratégia muito ruim foi aquela em que o tratamento não deu certo, que o paciente não teve confiança no esquema terapêutico adotado e que o paciente saiu do consultório com nítida impressão que o médico não explorou suas queixas de forma a contento e não se interessava pelos seus problemas além de ter criado uma atmosfera nitidamente negativa em relação ao padrão de atendimento do sistema.

Atendimento ruim foi aquele que embora o tratamento não tenha dado certo, o paciente entendeu que o médico tentou avaliá-lo de forma insuficiente quanto as suas queixas.

De padrão satisfatório foi aquele atendimento que o médico apenas cumpriu com sua avaliação de escutar o paciente e propor um tratamento.

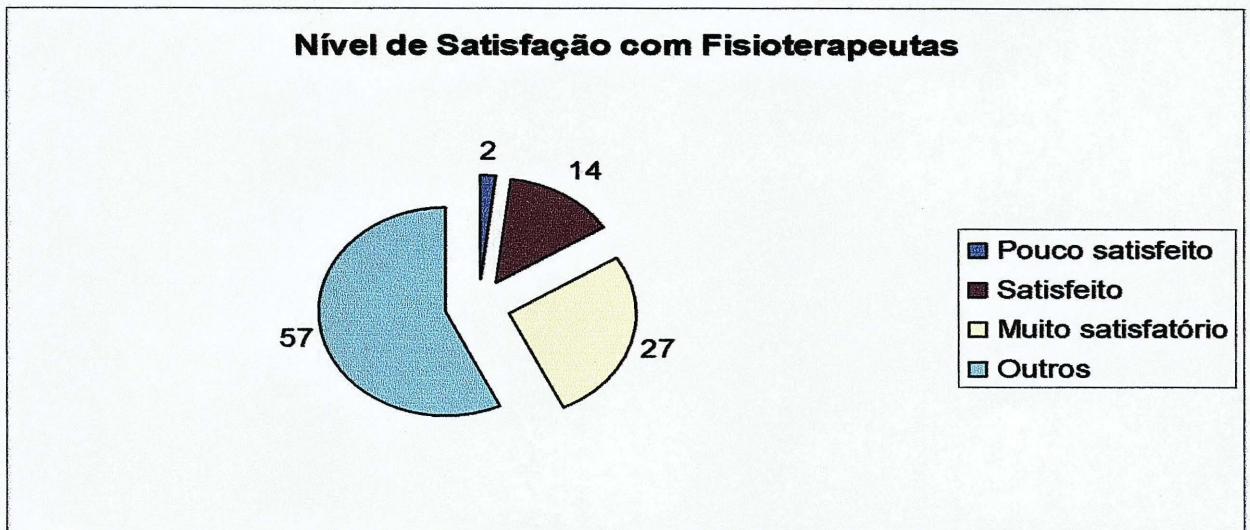
Padrão bom foi que a expectativa do atendimento foi cumprida e o tratamento imposto surtiu efeito.

De padrão muito bom foi aquele em que o paciente viu cumprir suas expectativas, o tratamento proposto surtiu efeito desejável e o paciente construiu uma relação de confiança com o profissional fazendo que aquele incorporasse uma atmosfera positiva em relação ao sistema.

Observa-se aqui que noventa e seis por cento dos pacientes apresentaram uma satisfação com o esquema terapêutico proposto, sendo que destes oitenta e cinco por cento apresentaram uma avaliação favorável.

O significado deste achado é que nesta amostra o sistema de saúde dos pacientes da Polícia Militar do Paraná tem eficiência, pois mesmo com os recursos disponíveis consegue-se obter dados de grande eficiência.

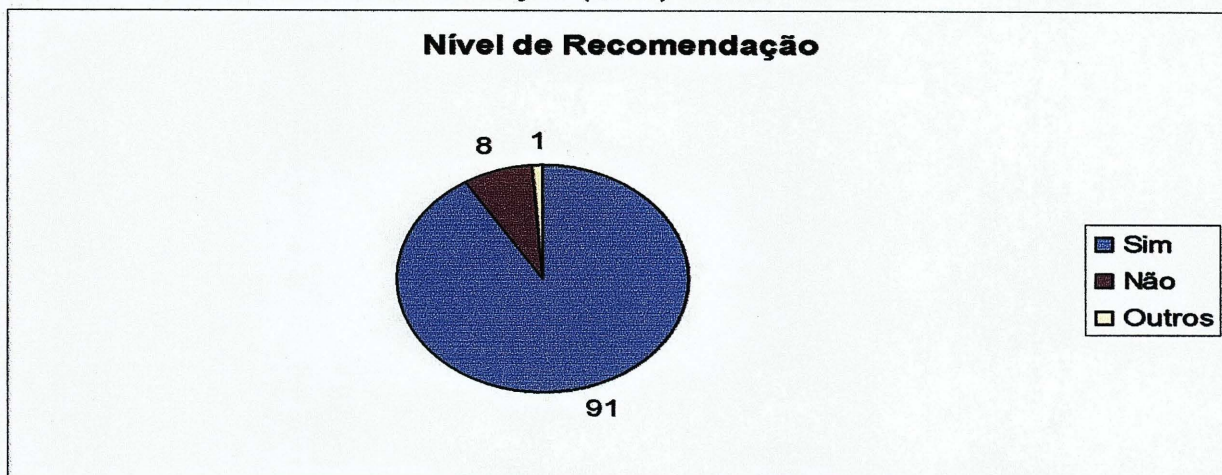
FIGURA 11 – SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO FISIOTERÁPICO (EM %)



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

A função desta pergunta foi avaliar qual foi o padrão que os pacientes tiveram com o tratamento oferecido pela fisioterapeuta, sendo que neste observamos que cerca de quarenta e um por cento dos pacientes tiveram um atendimento que satisfazia seus anseios. A significativa porcentagem de outros correspondiam àqueles pacientes que não necessitavam este tipo de procedimentos terapêutico.

FIGURA 12 - PADRÃO DE RECOMENDAÇÃO (EM %)



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Neste item buscavam-se informações acerca da credibilidade do sistema de saúde oferecido ao miliciano, solicitando que os pacientes ou seus acompanhantes expressa-se sua vontade ou recomendação para familiares ou terceiros.

Observa-se nesta figura que cerca de noventa por cento dos entrevistados recomendariam o HPM como centro médico de atendimento.

Este dado é bastante significativo à medida que o correlacionamos com os achados de outros gráficos como o do índice de satisfação com o tratamento médico, satisfação com a estrutura de atendimento, de exames complementares laboratoriais, exames complementares de função e de Imagem.

Estes achados também permitem concluir que a visão que o miliciano tem de seu atendimento de saúde é baseado em diferentes variáveis anteriormente descritas e que eles as utiliza para construir uma noção de que este atendimento de saúde é um elemento necessário para a construção do que ele entende como cidadania e que mais do que isto, utiliza estes parâmetros para construir uma imagem que ele divulga para seus pares valorizando estes serviços e com isto valorizando-se a si próprio pois pertencente a uma organização que pode estender estes cuidados e o faz de forma sistemática.

Quando se passa a correlacionar as diferentes variáveis entre si como a idade, facilidade ou dificuldade da marcação de consulta, índice de satisfação com o tratamento médico ou ainda o atendimento médico, observa-se os seguintes dados:

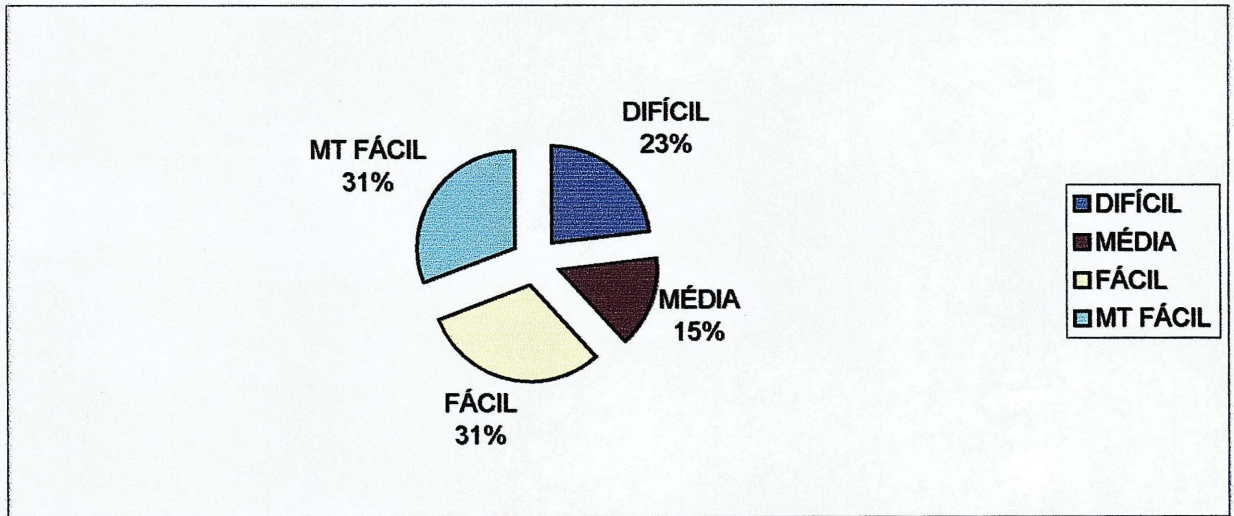
TABELA 1 – PACIENTES IDOSOS E MARCAÇÃO DE CONSULTA (13 PACIENTES)

Difícil	Média	Fácil	Muito Fácil
3	2	4	4

FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Dos treze pacientes idosos, isto é, com mais de sessenta e cinco anos, oito classificaram como fácil ou muito fácil a marcação da consulta, oito de dificuldade média e três de difícil marcação.

FIGURA 13 – RELAÇÃO DA IDADE AVANÇADA COM FACILIDADE NA MARCAÇÃO



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Nesta figura pode-se perceber que para a população de Idade avançada, isto é, com mais de sessenta e cinco anos de idade, cerca de sessenta e dois por cento dos pacientes afirmaram que a marcação da consulta foi fácil.

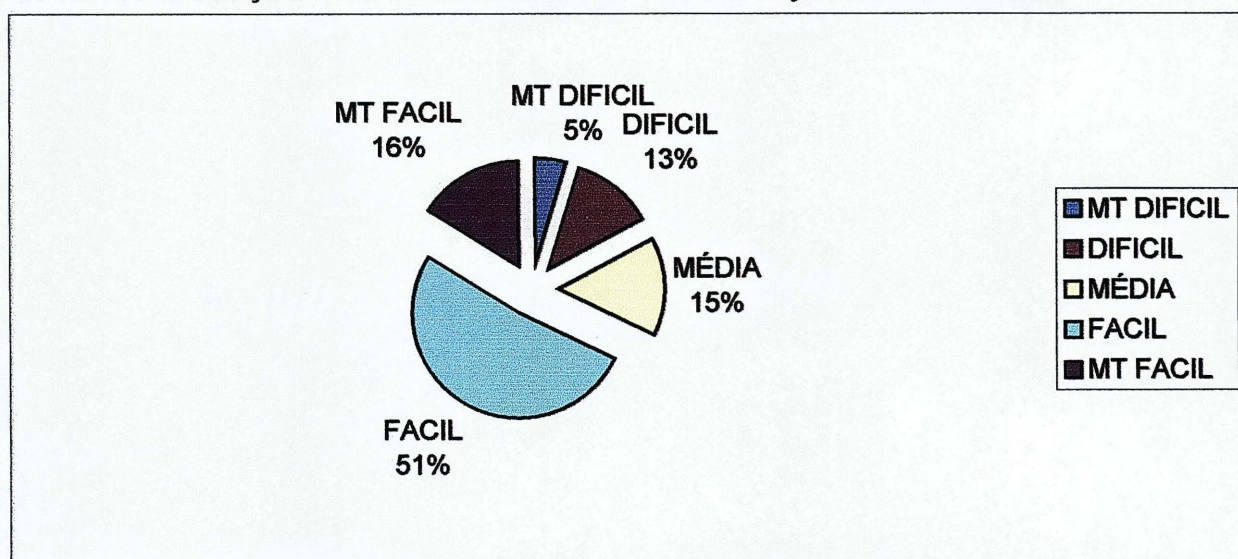
TABELA 2 - MARCAÇÃO DE CONSULTA E IDADE PRODUTIVA (87 PACIENTES)

Muito Difícil	Difícil	Média	Fácil	Muito Fácil
4	11	13	45	14

FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Nesta tabela observamos que dos oitenta e sete pacientes na idade produtiva, isto é, entre os quinze e os sessenta e cinco anos, quinze classificaram como difícil ou muito difícil a marcação da consulta, treze de dificuldade média e os demais como fácil ou mesmo muito fácil.

FIGURA 14 – RELAÇÃO DA IDADE PRODUTIVA COM MARCAÇÃO DE CONSULTA



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Pode-se observar aqui que sessenta e seis por cento dos pacientes afirmam que houve facilidade na marcação da consulta.

Nesta correlação pode-se observar que à medida que se avalia a idade dos pacientes com o grau de facilidade de marcar consulta observa-se que é mais difícil para o idoso (grupo maior de sessenta e cinco anos) de marcá-la.

Esta observação permite que se afirme que há necessidade neste sistema de rever a forma pelo qual o idoso tem acesso aos atendimentos.

Estes dados corroboram com as informações defendidas por SOUZA (1997, p.5) quando afirma que “encontrou-se uma associação negativa entre a satisfação com os serviços de saúde e o tempo de espera que antecede a consulta”.

Um dos motivos desta relação de dificuldade ou seja quanto mais idoso maior é a dificuldade de acesso esteja relacionado com a forma pela qual o usuário agenda suas consultas e diferentes procedimentos junto ao Hospital da Polícia Militar do Paraná, que pode ser via telefone ou pelo próprio comparecimento do interessado no hospital.

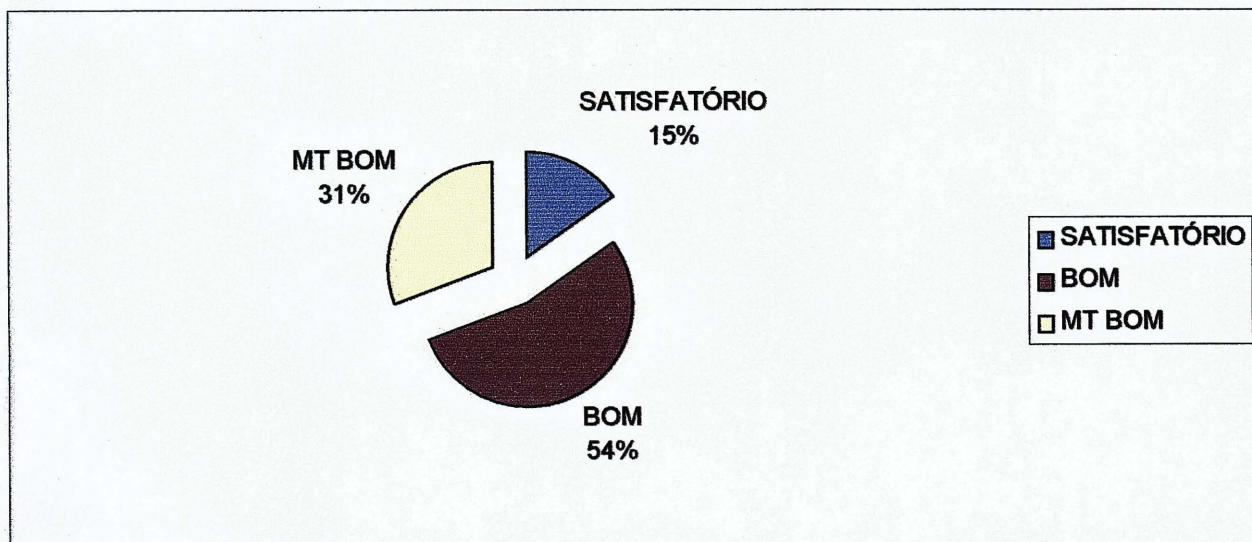
TABELA 3 – GRAU DE SATISFAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO E IDADE AVANÇADA (13 PACIENTES)

Satisfatório	Bom	Muito Bom
2	7	4

FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Observa-se nesta tabela que a avaliação dos pacientes idosos é classificada como boa em sete dos casos, como muito boa em quatro dos casos e satisfatória em dois casos.

FIGURA 15 - PACIENTES IDOSOS E GRAU DE SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO MÉDICO



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Quando se correlaciona a idade do paciente com o grau de satisfação do usuário com o atendimento médico percebe-se que cerca de oitenta e seis por cento dos idosos tem uma avaliação boa do atendimento.

Quando se compara o índice de satisfação dos pacientes produtivos com o tratamento médico instituído observa-se que oitenta e sete por cento dos pacientes avaliaram o atendimento como positivo, isto é, bom ou muito bom

Estes dados diferem com os achados realizados por SOUZA (1997, p. 5), ao afirmar que foi encontrada uma relação positiva entre os idosos e a cortesia dos profissionais médicos e enfermeiros.

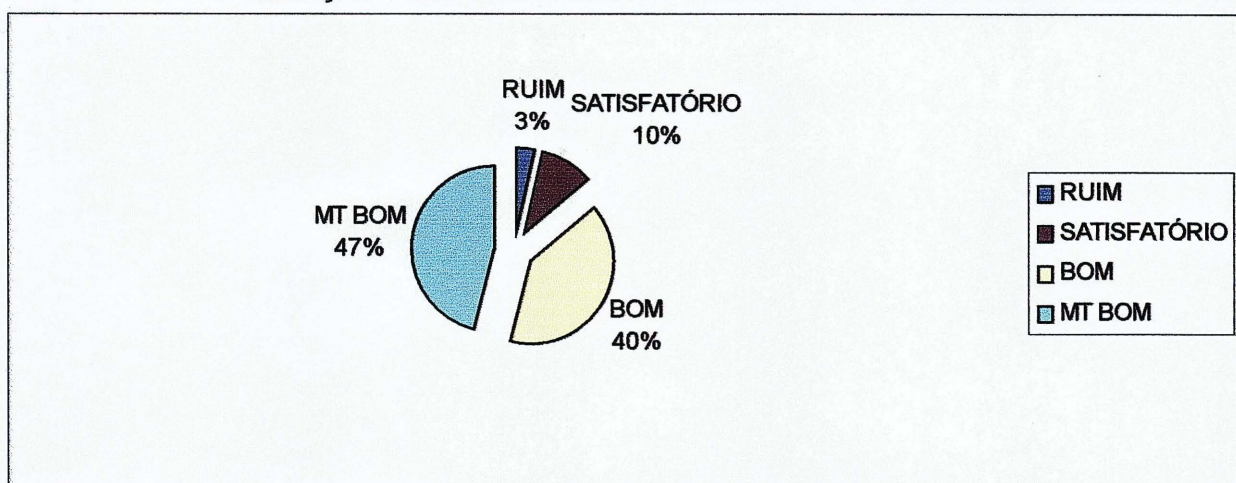
TABELA 4 – GRAU DE SATISFAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO E IDADE PRODUTIVA (87 PACIENTES)

Ruim	Satisfatório	Bom	Muito Bom
3	9	35	40

FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Esta tabela apresenta o julgamento dos pacientes com idade de quinze até os sessenta e cinco anos, observando que setenta e cinco pacientes julgaram-no como bom ou muito bom.

FIGURA 16 - RELAÇÃO DE TRATAMENTO MÉDICO COM IDADE PRODUTIVA



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Passou-se então, a avaliar a correlação entre o tratamento médico e o sexo dos avaliados.

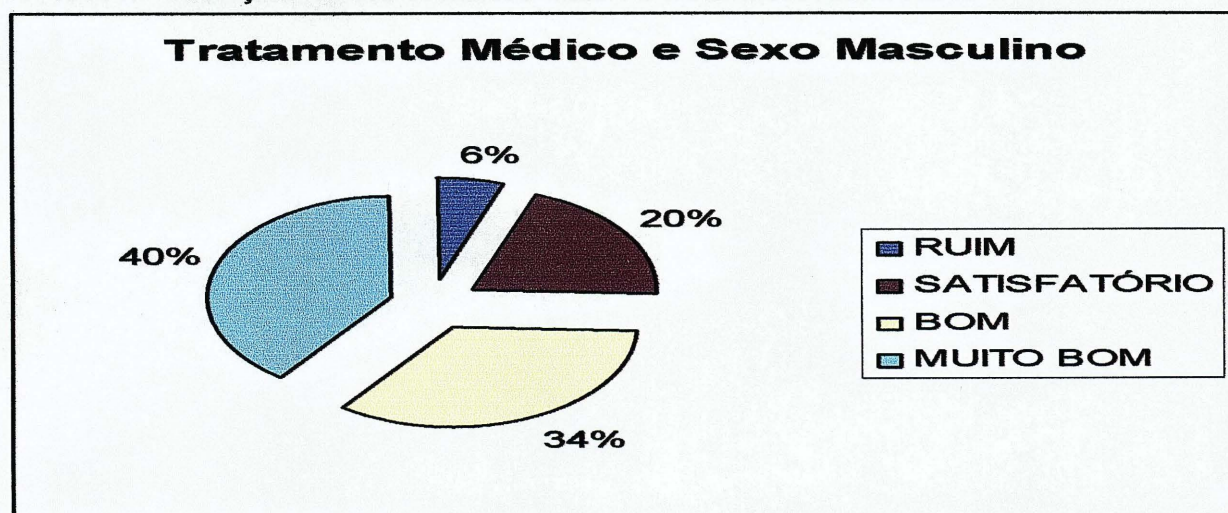
TABELA 5 - TRATAMENTO MÉDICO E SEXO MASCULINO (35 PACIENTES)

Ruim	Satisfatório	Bom	Muito Bom
2	7	12	14

FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Esta tabela apresenta o julgamento que os homens fizeram em relação ao tratamento médico, destacando-se novamente a classificação de boa ou muito boa.

FIGURA 17 - RELAÇÃO DE TRATAMENTO MÉDICO COM SEXO MASCULINO



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Neste aspecto percebeu-se que dos trinta e cinco pacientes submetidos ao protocolo setenta e quatro por cento dos pacientes avaliaram como bom ou muito bom o tratamento instituído.

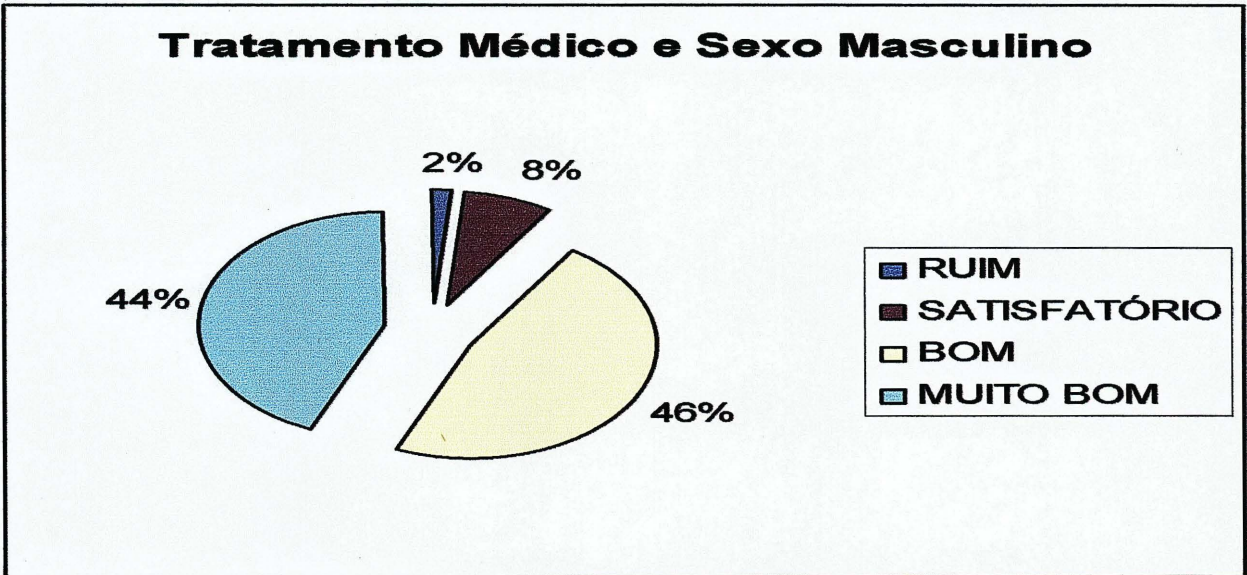
TABELA 6: TRATAMENTO MÉDICO E SEXO FEMININO (64 PACIENTES)

RUIM	Satisfatório	Bom	Muito Bom
1	5	30	28

FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Esta tabela apresenta o julgamento feito pelas mulheres em relação ao tratamento médico instituído, observando-se novamente o predomínio da classificação de boa ou muito boa.

FIGURA 18 - RELAÇÃO DE TRATAMENTO MÉDICO COM SEXO FEMININO



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Quando se avaliou a população feminina observamos que noventa por cento delas classificou como bom ou muito bom o tratamento médico instituído.

Estes dados novamente apontam que embora as mulheres sejam as que mais critiquem o sistema, são com elas que se obtêm os melhores índices de satisfação com o tratamento médico instituído.

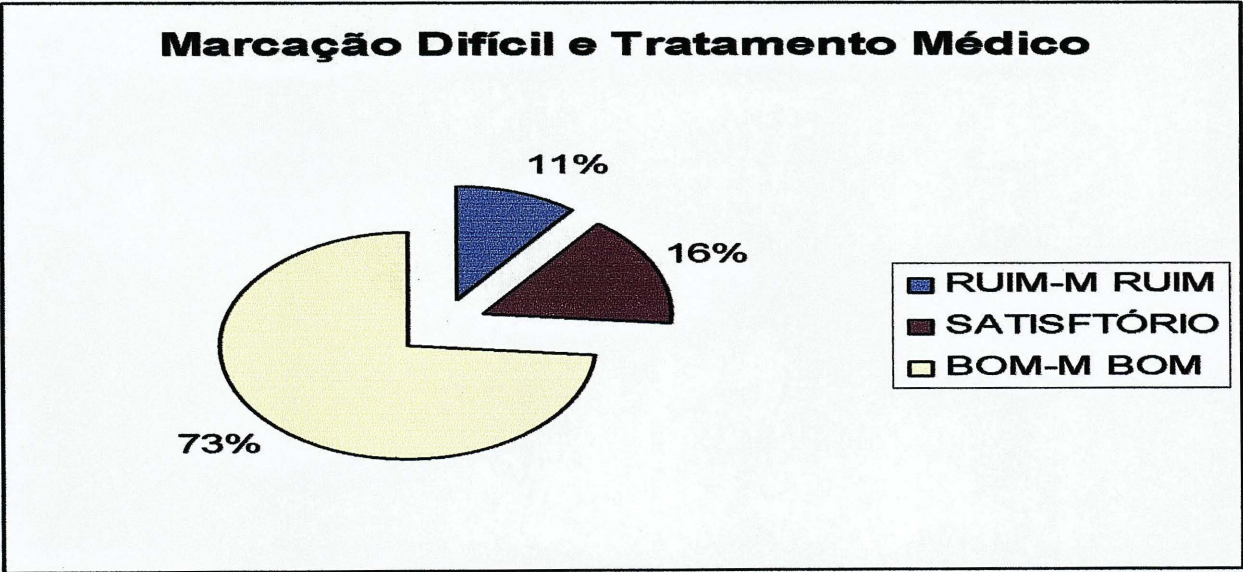
TABELA 7: RELAÇÃO DA MARCAÇÃO COM SATISFAÇÃO AO TRATAMENTO

Difícil			Médio			Fácil		
19			14			67		
MR/R	S	B/MB	MR/R	S	B/MB	MR/R	S	B/MB
2	3	14	0	1	13	1	7	57

FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Nesta tabela observa-se a relação entre os diferentes graus de dificuldade para a marcação de consulta e o julgamento que tiveram em relação à satisfação com o tratamento médico. MR significa muito ruim, R significa ruim, S traduz satisfatório, B significa bom e MB corresponde a muito bom.

FIGURA 19 - RELAÇÃO DE MARCAÇÃO DIFÍCIL COM TRATAMENTO MÉDICO

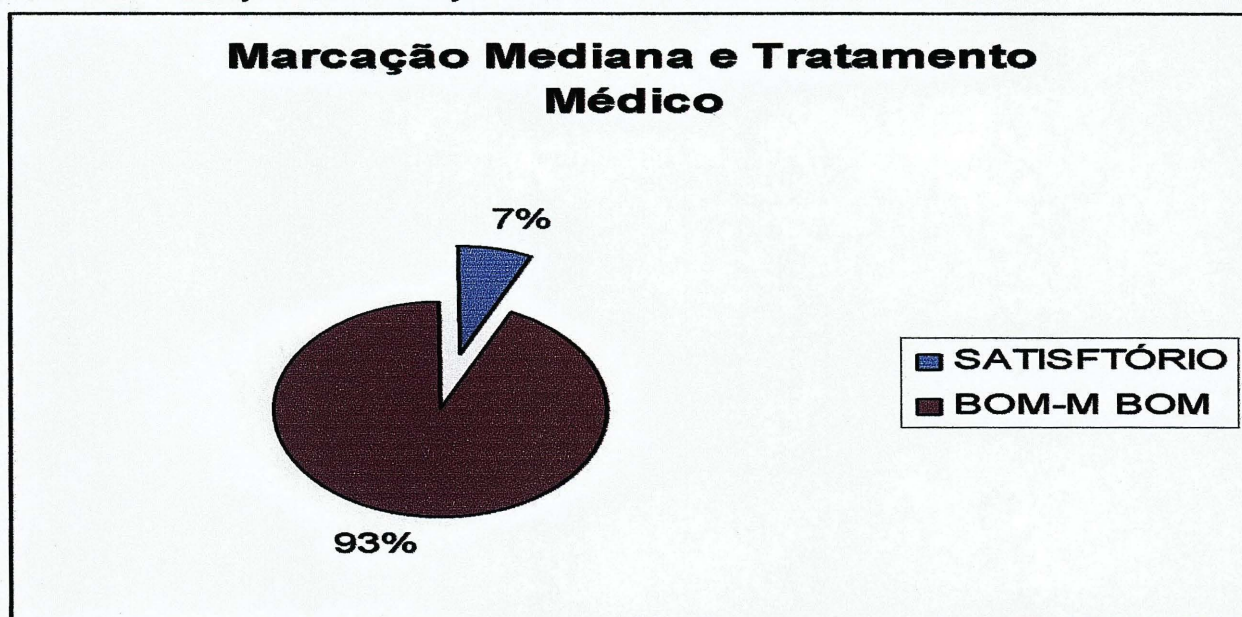


FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Nesta figura observa-se a relação entre a dificuldade ou facilidade da marcação da consulta com o índice de satisfação obtido com o tratamento médico instituído.

Observa-se aqui que praticamente três quartos dos pacientes que classificaram como de difícil concretização a marcação da consultas julgaram como bom ou muito bom o nível de satisfação obtido com o tratamento médico.

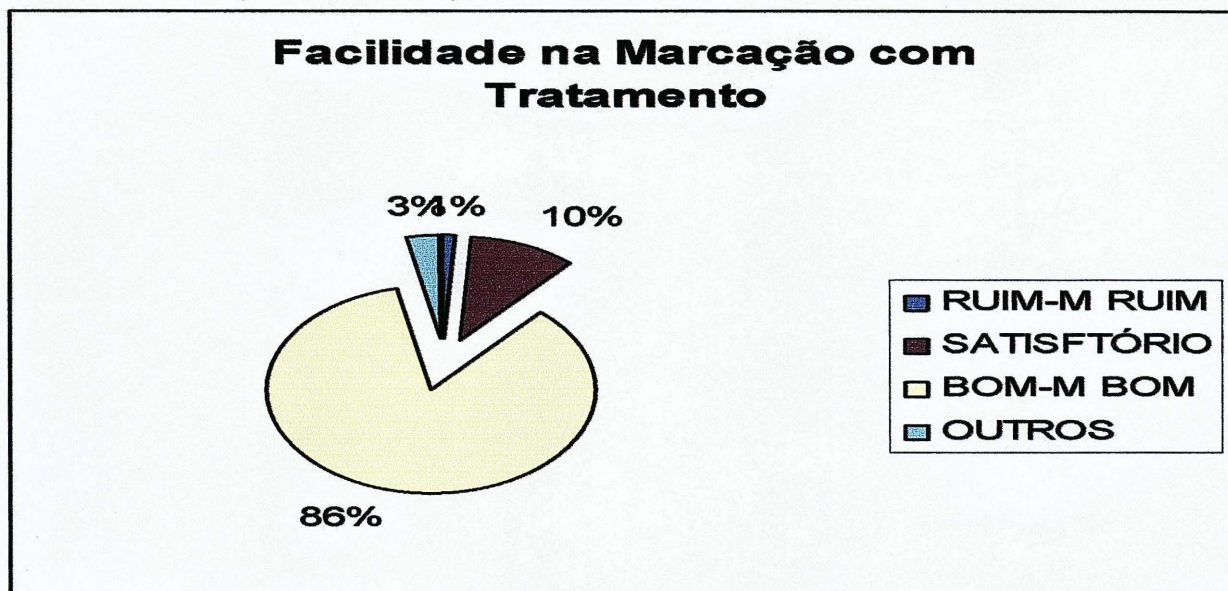
FIGURA 20 - RELAÇÃO DE MARCAÇÃO MEDIA COM TRATAMENTO MÉDICO.



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Nesta figura observa-se que aqueles que julgaram como media a possibilidade de marcação de consulta classificaram como bom ou muito bom o tratamento médico recebido.

FIGURA 21 - RELAÇÃO DE MARCAÇÃO FÁCIL COM TRATAMENTO MÉDICO



FONTE: Autores, com base nos dados da pesquisa.

Nesta figura observa-se que aqueles pacientes que consideraram fácil ou muito fácil a marcação da consulta classificaram como bom ou muito bom o tratamento médico instituído.

Observa-se na última correlação, a facilidade de marcação com o tratamento instituído e se percebe que o índice de tratamento bem sucedido é maior nos pacientes que tiveram maior facilidade na marcação.

Outra observação pertinente é que índice de pacientes femininas tem uma avaliação do tratamento médico bom e muito bom maior do que os homens.

Quando se correlaciona a faixa etária com o grau de satisfação do tratamento médico, pode-se constatar que, os pacientes idosos, ou seja, aqueles que têm mais de sessenta e cinco anos possuem um índice mais baixo de avaliação boa ou muito boa de seu tratamento médico em relação aos pacientes em idade produtiva.

Quando se correlaciona o grau de dificuldade da marcação de consulta com a idade observamos que os pacientes produtivos, isto é, aqueles que possuem menos de sessenta e cinco anos têm maior facilidade na concretização desta marcação.

5. CONCLUSOES E SUGESTÕES

O presente trabalho teve por objetivo principal medir o grau de satisfação como critério de qualidade no atendimento dos usuários do Hospital da Polícia Militar do Paraná.

Qualidade nos serviços é um dos objetivos que se busca a medida que se ocupa posições de gestão e para tal são necessários diferentes parâmetros tanto de padrões de qualidade individuais como critérios de qualidade coletivos.

No contexto da saúde isto toma proporções importantes à medida que se necessita atender a uma demanda de pacientes cada vez maior e com isto grandes volumes financeiros e que portanto devem ser bem empregados, em síntese, o sistema busca grande eficácia e boa eficiência.

Utilizou-se o grau de satisfação porque é um instrumento que pode medir qualidade utilizando-se de parâmetros individualizados, retrospectivos e englobando elementos subjetivos e objetivos.

Para isto utilizou-se um protocolo formatado com o objetivo de avaliar a logística pré-consulta médica, o atendimento médico e todos os talentos humanos relacionados a este ato bem como ter idéia do índice de satisfação neste contexto.

A característica de subjetividade do grau de satisfação, dá-se à medida que o paciente tem expectativas com a dinâmica do atendimento e tem elementos objetivos como o tempo pelo qual consegue marcar a consulta ou o tempo em que é submetido a avaliação médica bem como seus resultados.

Os resultados obtidos na pesquisa permitem concluir que:

1. O usuário do sistema de saúde oferecido pela Polícia Militar do Paraná entende o sistema como confiável.

2. O usuário tem grande aceitação nas diferentes faixas etárias, tanto por homens como por mulheres,

3. O sistema fornece um aparato tecnológico a nível de exames que é bem aceito tanto na área de exames complementares laboratoriais como de exames de imagem e de função.

4. O usuário entende que o HPM pode ser utilizado como local de referência quando de necessidade de encaminhamento de familiares ou de seus pares.

5. O usuário idoso tem mais dificuldade na marcação de consulta que o usuário em fase produtiva.

Como conclusões gerais pode-se afirmar que:

1. A metodologia do emprego de um indicador que leva o grau de satisfação do usuário como critério de qualidade mostrou-se efetivo nesta amostra.

2. O militar tem com HPM uma relação que lhe permite desenvolver melhor sua noção de cidadão a serviço da comunidade a medida que participa inclusive financeiramente para a manutenção deste sistema, e que este é um bem da coletividade miliciana.

3. Avaliando-se os dados como gestor é interessante observar que o modelo de financiamento realizado pelo recurso proveniente do Sistema de Atendimento da Saúde –SAS- aliado a contribuição de pequena porcentagem que o militar contribui é uma alternativo de gestão do sistema de saúde.

Como sugestão a partir dos dados obtidos na pesquisa pode-se afirmar que existe necessidade de alterar o mecanismo pelo qual o idoso tem acesso às marcações de consultas.

Sugere-se ainda que a gestão do sistema de saúde da Polícia Militar do Paraná pode ser um modelo a ser adotado em outras unidades administrativas do Estado do Paraná.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMED, L.; STANISZEWSKA, S. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? **Journal of Advanced Nursig**, 1999, 92(2): 364 -372.

ÁPPIO, E. **Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2005.

Acreditação Hospitalar. Disponível em <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 17 fev. 2007.

BACKER, R. Development of questionnaire to assess patients satisfaction with consultations in general practice. **British Journal of General Practice** 1990; 40: 487 – 490.

BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. **Int J Qual Health Care** 2001; 13:317-23.

BERNHART, M. H.; WIADNYANA, I.G.P.; WIHARDIO, H.; POHAN, I. Patient Satisfaction in developing countries. **Soc Sci Med** 1999; 48:989-96.

BRASIL. **Lei Federal n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso a biblioteca virtual de legislação.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Acesso a biblioteca virtual de legislação.

BRASIL. **Portaria de n.º 1107 do Ministério da Saúde, de 14 de Junho de 1995**. Dispõe sobre a Acreditação Hospitalar. Acesso a biblioteca virtual de legislação.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de Setembro de 2000**. Dispõe sobre os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos da Saúde. Acesso a biblioteca virtual de legislação.

CARR-HILL, R. A. The measurement of patient satisfaction. **J Public Health Med**. 1992.14: 236-49.

COYLE, J. Exploring the meaning of “dissatisfaction” with health care: the importance of “personal identity threat”. **Sociol Health Illn** 1999; 21:95-123.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**. 1988; 260 (12): 1743-1748.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med** 1990; 114: 1115-1118.

DORNAN, M. C.; HALL, J. A. Meta-analysis of satisfaction with medical care description of research domains and analysis of overall satisfaction levels. **Soc Sci. Med** 1988; 27: 637-644.

ESPIRIDÃO, M. A.; BONFIM, L. A. S. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**. v. 22 n.6 Rio de Janeiro, 2006.

LEWIS, J. R. Patients views on quality care in general practice: literature review. **Social Science and Medicine** 1994; 39(5): 655 - 670.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc Sci Med** 1982; 16:577-82.

KANE, R. L.; MACIEJEWSKI, M.; FICH, M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. **Med Care** 1997; 35:714-30.

KRELL, A. J. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha. Os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 2002.

Manual Das Organizações Prestadoras de Serviços De Saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006. 203p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação:1). Versão 2006.

OLIVEIRA, C. G. Introdução à crítica das noções empregadas em pesquisa sobre “satisfação do usuário”. **Saúde Debate** 1990, 30:32-4.

PENTEADO, P. Textos de Referência em Políticas Públicas. Disponível em <http://www.politicaspUBLICAS.com.br>. Acesso em 14 de Maio de 2007.

PARANÁ. **LEI ESTADUAL n. 6.417**, de 03 Julho de 1973. Dispõe sobre o Código de Vencimentos da Polícia Militar do Estado do Paraná. Acesso a biblioteca virtual de legislação.

PARANÁ. **LEI ESTADUAL n. 1943**, de 23 Junho de 1954. Dispõe sobre o Código da Polícia Militar do Estado do Paraná. Acesso a biblioteca virtual de legislação.

PARANÁ. **LEI ESTADUAL n. 14.605** de 5 de janeiro de 2005. Dispõe sobre o atendimento à saúde dos militares estaduais da ativa, da reserva remunerada, reformados e respectivos dependentes. Acesso a biblioteca virtual de legislação.

PARANÁ. **Constituição do Estado do Paraná**. Artigo 45 que dispõe sobre a Polícia Militar do Paraná. Acesso a biblioteca virtual de legislação.

PARANÁ. **DECRETO ESTADUAL Nº. 6103**, de 7 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre a regulamentação do Fundo de Atendimento à Saúde dos Policiais Militares do Paraná. Acesso a biblioteca virtual de legislação.

PEREIRA, M. G. Qualidade dos Serviços de Saúde. In: **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1995, p. 538-560.1995.

POHAN, I.; BERNAT, M. H.; WIADNYANA, I. G. P. Patient satisfaction in developing countries. **Soc Science & Medicine**. 1999; 48: 899 – 996.

SOUZA, E. M. **A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal** [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 1997.

SWAN, J. Deepening the understanding of hospitals patient satisfaction: fulfillment and equity effects. **J Health Care Mark**. 1985; 5:7-18.

TURRIS, A. S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **J Adv Nurs** 2005; 50: 293-8.

TEMPORÃO, J. G.; GADELHA, C. G. A saúde em novo modelo de desenvolvimento. **Folha de São Paulo**: 27 de maio de 2007, p.3.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos**. 3. ed. Ed. da UFPR, 10 v. Curitiba, 2002.

WEISS, G. L. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of socio demographic and predispositional factor. **Med Care** 1988; 26:383-92.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Soc Sci Med** 1994; 38:509-516.

WILLIAMS, S. J; CALNAN, M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital setting. **Social Science and Medicine** 1991; 33(6): 707 – 716.

7. ANEXOS

ANEXOS – I - FOLHA DE ENTREVISTA

Sexo: ☐ Masculino (1) ☐ Feminino (2)

Escolaridade:

Família: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Outro

02) Telefone de contato:

03) Recursos de Saúde: No caso de tratamento de saúde, qual o serviço que o Sr(a) procura?

☐ Centro de Saúde ☐ Pronto Socorro ☐ Serviço do SAS regional
☐ Médico da família ☐ HPM ☐ Outros

04) Qual a dificuldade da marcação da consulta junto ao ambulatório do HPM?

☐ Muito difícil ☐ Difícil ☐ Média ☐ Foi fácil ☐ Muito fácil

05) Qual o conceito que o(a) Sr. (a) dá (ão) aos atendentes do ambulatório (receptionistas, telefonistas, enfermeiras, outros)?

☐ Muito ruim ☐ Ruim ☐ Satisfatório ☐ Bom ☐ Muito bom

06) Qual o conceito que o Sr.(a) daria aos recursos laboratoriais (exames de sangue, de fezes, de urina), oferecidos pelo Hospital da Polícia Militar do Paraná ?

☐ Muito ruim ☐ Ruim ☐ Satisfatório ☐ Bom ☐ Muito bom

07) Qual o conceito que o Sr.(a) daria aos recursos de exames de imagem e de funcionamento (Radiológico, Tomografia, eletrocardiograma)

☐ Muito ruim ☐ Ruim ☐ Satisfatório ☐ Bom ☐ Muito bom

08) Qual foi o resultado do tratamento médico oferecido?

☐ Muito ruim ☐ Ruim ☐ Satisfatório ☐ Bom ☐ Muito bom

09) Qual o grau de satisfação com o atendimento proporcionado pelos médicos que lhe atenderam?

☐ Pouco satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito satisfatório

10) Qual o grau de satisfação com o atendimento proporcionado pelos fisioterapeutas que lhe atenderam?

☐ Pouco satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito satisfatório

11) O Sr. retornaria a consulta médica no HPM?

☐ Sim ☐ Não

12. O Sr. indicaria o ambulatório do HPM aos seus conhecidos, usuários do mesmo sistema de Saúde?

☐ Sim ☐ Não

ANEXO – II –

DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA ENVIADA
AO CONSELHO DE ÉTICA DO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ

Documento de Autorização da Realização da Entrevista enviada ao Conselho de Ética do Hospital da Polícia Militar

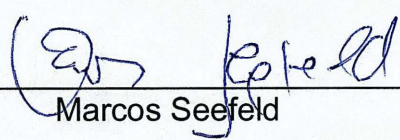
Ao Conselho de Ética Médica do Hospital da Polícia Militar do Paraná

Solicito-vos a autorização para que possamos realizar entrevistas com os pacientes do ambulatório do Hospital da Polícia Militar do Paraná, no sentido de obter informações acerca do grau de satisfação dos usuários do Sistema de Saúde da Polícia Militar do Paraná através de protocolo anteriormente descrito e que servirá como amostra da pesquisa realizada para obter o grau de especialista no Curso de Pós Graduação em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, realizado junto a Universidade Federal do Paraná.

Atenciosamente,



Daniel D. A Dos Santos



Marcos Seefeld

ANEXO – III –
RESPOSTA DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO
PARANÁ

POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ
DIRETORIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO 01/2007

CURITIBA, 14/06/2007

A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DO

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES E APÓS ANÁLISE DOS FATOS, E:


CONSIDERANDO QUE AS ENTREVISTAS COM OS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ, NO SENTIDO DE OBTER INFORMAÇÕES DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS, DO SISTEMA DE SAÚDE DA POLÍCIA MILITAR NÃO FEREM O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

CONSIDERANDO QUE NÃO HÁ IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO E SOMENTE O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO PACIENTE.

RESOLV:

1)- AUTORIZAR A PESQUISA INTITULADA ÍNDICES DE QUALIDADE NO ATENDIMENTO TERCIÁRIO DO SISTEMA DO ESTADO DO PARANÁ PARA CONCLUSÃO MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO PELOS SRS. MARCOS SEEFELD E DANIEL SANTOS.

É O PARECER.


MAJ PM MÉD ROBERTO AMIN KHOURI RG 1039775-2 CRM 8298
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

DR. LUÍZ CARLOS SAVA RG 1464773-2 CRM 7303
SECRETÁRIO DA C.E.M.


MAJ PM MÉD ANDRÉ FERNANDO SADA DE ALMEIDA RG 1263113-8 CRM 7825
COMPONENTE DA C.E.M.